WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD—GRUDZIEŃ

ROK II 1930 NUMER 6

Radca tajny prof. dr. SELLHEIM, prof. dr. ZANGEMEISTER †, radca tajny prof. dr. MENGE, prof. dr. SCHROEDER, radca tajny prof. dr. STRASSMANN, radca sanitarny dr. ABEL, prof. dr. WARNEKROS.

O UŚMIERZANIU BÓLÓW PORODOWYCH W PRAKTYCE POZASZPITALNEJ.

(Referat według Med. Welt 1930, Nr. 9.)

Redakcja pisma „Medizinische Welt" zwróciła się do szeregu najbardziej znanych ginekologów z pytaniem, jakie sposoby uśmierzania bólów przy porodach są dla lekarza praktyka najbardziej polecenia godne. Oto kilka z pośród otrzymanych odpowiedzi.

Radca tajny prof. dr. *Hugo Sellheim*, Uniwersytecka klinika chorób kobiecych w Lipsku.

Wprowadzenie w stan zamroczenia może z łatwością sprawić podczas porodu szkodę. Z tego względu stosuje się go już tylko w niewielu klinikach. Dla praktyki nie wchodzi on w rachubę w żadnym przypadku. Naogół okazuje się dostatecznem, gdy w chwili szczególnie dużego natężenia bólu stosuje się Pantopon (0,02 g), morfinę (0,01 g) lub skopolaminę z morfiną (0,01 morfiny + 0,0003 skopolaminy). Przy przechodzeniu główki wystarczają 3 — 5 cm^3 chloretylu lub krótkotrwałe przedłużenie odurzenia chloretylowego zapomocą eteru (30 — 50 cm^3). Współdziałanie parcia okazuje się przytem wzmocnione. Uchylenie bólu pozwala na dokonanie cięcia zapobiegawczego, a po porodzie na bezbolesne nałożenie szwów. Środek narkotyczny okazuje, coprawda, wpływ również i na mózg dziecka, lecz *Sellheim* uważa to nawet za pewną zaletę: zapobiega się w ten sposób, aby ośrodek oddechowy nie rozpoczął swej czynności przedwcześnie. Według poglądu *Sellheima* niema żadnych przeszkód, aby metody uśmierzania bólu podczas porodu, stosowane w klinice, przenieść do praktyki prywatnej; w każdym razie lekarz musi się doskonale zapoznać z odnośną metodą. Jedynie wtedy, gdy rodząca nie chce wogóle odczuwać żadnych bólów, należy ją skierować do kliniki. W lipskiej klinice położniczej stosuje się następujący sposób postępowania:

1. Dążenie do szybkiego zakończenia rozpoczętego porodu z lekkiem współdziałaniem podawanego cukru, ewent. chininy, w razie zaś potrzeby, preparatów przysadki. 2. Przemijające uśmierzania bólu w każdym okresie porodu zapomocą wstrzykiwań morfiny (0,01 g), Pantoponu (0,02 g) lub morfiny ze skopolaminą (0,01 + 0,0003), zwłaszcza wtedy,

gdy w momentach zwiotczenia podczas okresu otwarcia zapewnimy dzięki temu chwilę wzmacniającego odpoczynku, lub gdy w okresie wydalania chora będzie mogła lepiej znosić bóle parte. 3. W chwili największego natężenia bólu, podczas przerzynania się główki, odurzenie chloretylem ewent. z dodatkiem niewielkiej ilości eteru i wyciśnięcie główki zapomocą zewnętrznych ręcznych zabiegów. 4. Przy grożącem pęknięciu części miękkich, gładkie cięcie jako zabieg ewent. poprzedzający wyciśnięcie ręczne i natychmiast po porodzie znowu dokładne zeszycie.

Akuszerka powinna zdaniem *Sellheima* pouczyć rodzącą, że jesteśmy w stanie bóle podczas porodu znacznie złagodzić. W odpowiedniej chwili wzywa się lekarza. Akuszerka może ponadto zażądać z apteki następującego gotowego środka, przeznaczonego dla uśmierzania bólów podczas porodu:

Pantoponi	0,015	g
Scopolamini	0,0005	g
Spiritus e vino	5,0	g
Syrupi simplicis	ad 30,0	g

Na opakowaniu znajduje się wskazówka: „podać na $^1/_2$ — $^3/_4$ godziny przed spodziewanem przerznięciem się główki. Jeżeli zachodzi konieczna potrzeba uśmierzenia bólów już wcześniej, to podać rodzącej $^1/_3$ lekarstwa; potrzebna wówczas dla podania podczas przerzynania się główki ilość leku zmniejszy się o tę trzecią część." Środek jest zupełnie niewinny, gdyż zawiera jedynie połowę maksymalnej dawki.

Prof. dr. *W. Zangemeister* †, Uniwersytecka klinika położnicza w Królewcu:

Dla położnictwa domowego nadaje się przedewszystkiem morfina (0,005 g). Należy ją jednak podawać dopiero pod koniec okresu rozwarcia lub w okresie wydalania, aby działać w okresie największego bólu i nie być zmuszonym do stosowania zbyt wielkiej dawki ogólnej. W okresie wydalania można zastrzyknąć w razie potrzeby 0,01 g. Osłabia to, coprawda, nieco skurcze, lecz jedynie na krótki czas. Większe dawki osłabiają skurcze i szkodzą dziecku. Dopóki główka nie ustaliła się jeszcze w miednicy, należy być z morfiną bardzo ostrożnym. W ostatnim okresie wydalania można zastosować krótkie odurzenie chloroformowe. Jeżeli się udaje per rectum ustalić główkę w dnie, wówczas można dać nieco więcej chloroformu. Można również uśmierzyć bolesność poszczególnych skurczów, gdy na początku każdego podamy kilka kropel chloroformu, jednak nie zbyt wiele, gdyż wówczas czynność kurczowa natychmiast ustaje. Gdy podaje się zbyt wiele chloroformu, wówczas przedłuża się okres poporodowy i zwiększa utratę krwi. Stosowania uśpienia polecać lekarzowi praktykowi nie można. Autor nie jest również zwolennikiem zamroczenia morfinowo-skopolaminowego.

Z zabiegów znieczulania miejscowego wchodzi w grę dla lekarza-praktyka jedynie znieczulenie nerwu sromnego. Najlepiej stosować w tym celu Novocainę lub Tutocainę.

Radca tajny prof. dr. *Menge*. Uniwersytecka klinika położnicza w Heidelbergu.

Metody zamroczenia i znieczulenia miejscowego nie są jeszcze dotychczas dostatecznie pewne, wymagają klinicznej obserwacji i dlatego nie można ich jeszcze zalecać do praktyki ogólnej.

Prof. dr. *Robert Schroeder*. Uniwersytecka klinika położnicza w Kolonji:

Pod koniec okresu rozwarcia i w okresie wydalania powstaje kwestja stosowania środków przeciwbólowych. Przy otwarciu podaje się Amnesinę (Narcophina + chinina), a pod koniec okresu wydalania, podczas bólów, kilka kropel eteru lub chloretylu na maskę kroplową. Właściwe przeprowadzenie narkozy wymaga jednak pewnego doświadczenia.

Podczas przerw w skurczach rodząca powinna się stale budzić; uśpienie jest wówczas dostatecznie płytkie, a jednak skuteczne. Nigdy nie należy doprowadzać do stanu pobudzenia. Uśpienie per rectum i dożylne jest dla praktyki prywatnej nieodpowiednie. Gdy zostanie umożliwione przenoszenie aparatury do gazu rozweselającego i instalowanie jej w mieszkaniu prywatnem, to uśpienie gazem rozweselającym podczas porodu będzie stanowiło dalszy postęp.

Radca tajny prof. dr. *P. Strassmann*, Berlin:

W klinice stosujemy z pomyślnym wynikiem następujący przepis: zapisuje się: Chloral. hydrat. 4,0, Morph. hydrochl. 0,04, Syrup. simpl. ad 60,0. M. D. S. Łyżkę stołową na mleku (lub kleiku owsianym lub wodzie).

Wszystkie rodzące, skarżące się na silne bóle, otrzymują na noc jedną łyżkę stołową tego płynu, nawet przy zbyt słabych kurczach macicznych. Po dwóch godzinach po raz drugi. Wyjątkowo zachodzi potrzeba podania 3 łyżek.

Przy nadmiernych bólach wstrzykuje się morfinę. Przy przerzynaniu się główki stosuje się lekkie kroplowe uśpienie chloroformowe. Eter stosuje się jedynie w przypadkach wyjątkowych. Inne środki zwalniają przebieg porodu i szkodzą dziecku.

Radca san. dr. *Abel*, Berlin. Oddział położniczy szpitala gminy żydowskiej.

Zamroczenie jest metodą dla praktyki prywatnej nieodpowiednią. Wskazane są wstrzykiwania Dilaudidu. Jeżeli dążymy do przyspieszenia rozwiązania, wówczas podajemy jednocześnie preparaty przysadki i grasicy.

Prof. dr. *Kurt Warnekros*, Drezno. Państwowa klinika położnicza.

Metody zamroczenia nie wchodzą dla praktyka w rachubę. W przypadkach bardzo dokuczliwych bólów najlepiej stosować 0,01 g morfiny, 0,02 g Pantoponu, 0,03 g Narcophiny lub 1 cm^3 Amnesiny. Wstrzyknięcie można przy dobrych tonach serca powtórzyć po 3 — 4 godzinach. W okresie wydalania daje się kilka (bardzo niewiele) kropel chloroformu, chloretylu lub eteru podczas bólów. Przy przerzynaniu się główki wzmacnia się narkozę do tego stopnia, aby być na pograniczu świadomości. Wzmocnienie narkozy można zapoczątkować jednak dopiero wtedy, gdy w razie ewent. osłabienia tonów serca dziecka jesteśmy natychmiast w stanie zakończyć poród przez wyciśnięcie sposobem *Kristellera* lub przez zastosowanie episiotomji.

Dr. *Reiprich*, Uniwersytecka klinika położnicza w Wrocławiu

zaleca morfinę, a dla okresu wydalania, miejscowe znieczulenie nerwu sromnego.

Dr. FRYDERYKA SCHNAPEK, II. Uniwersytecka klinika położnicza w Wiedniu.

LECZENIE ZAPALENIA GRUCZOŁU SUTKOWEGO OMNADINĄ.

(Referat według W. kl. W. 1930, Nr. 14.).

Schnapek leczy ostre zapalenie gruczołu sutkowego zapomocą odprowadzania do kiszek solnemi środkami czyszczącemi i zapomocą wstrzykiwań Omnadiny. Wstrzykuje się domięśniowo w ciągu 3 kolejnych dni po 1 ampułce Omnadiny, następnie zarządza się jednodniową przerwę, poczem w razie potrzeby dokonywa się jeszcze kilku wstrzykiwań. W późniejszym okresie połogowym potrzeba ogółem dla leczenia zapalenia sutka 6 wstrzy-

kiwań. Już w pierwszym dniu leczenia stwierdza się zmniejszenie się bólów. Na drugi dzień zaczerwienienie i nacieczenie cofają się. Trzecie i czwarte wstrzyknięcie stosuje się często jedynie dla celów zapobiegawczych. Czasami pozostają jeszcze w piersi niewielkie stwardnienia, które jednak po krótkim czasie znikają. Solne środki czyszczące podaje się jedynie w ciągu pierwszych trzech dni w większych dawkach — 1 łyżkę stołową dziennie — później zaś co drugi dzień łyżeczkę do herbaty.

Ogółem leczono Omnadiną 14 kobiet. W 13 przypadkach udało się zapobiec dalszemu postępowaniu zapalenia, jedynie w 14-ym przypadku nastąpiło jednak zropienie.

Sprawa dotyczyła 43-letniej pacjentki, która w lipcu 1929 przybyła na klinikę ze znacznemi obrzękami i białkomoczem. Dokonano u niej po raz drugi szyjnego cięcia cesarskiego i usunięcia jajowodów. Nazajutrz po operacji miały miejsce jeszcze dwa napady rzucawki, gorączka utrzymywała się przez kilka dni, poczem pacjentka poprawiła się. U dziecka wystąpił na podbródku czyrak i chociaż dziecko odstawiono i karmiono je odciągniętem mlekiem matczynem, to jednak na prawej piersi matki wytworzyło się bolesne nacieczenie oraz liszajec na tułowiu i na piersiach. Pomimo 5 wstrzyknięć Omnadiny i solnych środków czyszczących poprawy nie osiągnięto. Po nacięciu nastąpiło wyleczenie. Pacjentka była, prawdopodobnie wskutek zabiegów operacyjnych i rzucawki oraz gorączkowego nieżytu oskrzeli w połogu, osłabioną do tego stopnia, że pełnowartościowa szczepionka uodporniająca nie była już w stanie dostatecznie pobudzić obronnych sił ustroju.

Dla wyniku leczenia zapalenia sutka Omnadiną bardzo ważnem jest dostatecznie wczesne rozpoczęcie leczenia. W ciągu pierwszych 10 dni, gdy położnica znajduje się jeszcze w klinice, jest to, oczywiście, bardzo łatwe. Jeżeli jednak położnica nie znajduje się już pod dozorem lekarskim, wówczas zwraca się ona o pomoc częstokroć dopiero wtedy, gdy sprawa doszła już do zropienia. W okresie początkowym można jeszcze próbować zastosować leczenie Omnadiną. Jeżeli jednak mimo to dojdzie do zropienia, wówczas może okaże się wystarczającem jedno nacięcie, którego już unikać nie należy.

Tajny radca prof. dr. KUTTNER i dr. G. SCHERK. Szpital Rudolfa Virchowa w Berlinie.

W SPRAWIE LECZENIA PRZEWLEKŁYCH BIEGUNEK.

(Referat według Fortschritte der Therapie 1930, Nr. 1.)

Biegunka jest zawsze tylko objawem choroby. Leczenie może wobec tego zostać uwieńczone powodzeniem jedynie wtedy, gdy uwzględnia się chorobę podstawową i gdy jesteśmy w stanie na nią zadziałać. Dla wyjaśnienia przyczyny choroby korzystamy oprócz badania czynnościowego jeszcze z rektoskopji, badania rentgenowskiego, badania bakterjologiczno-chemicznego zawartości różnych odcinków przewodu pokarmowego, ba-

dania moczu i krwi. Należy przedewszystkiem rozstrzygnąć rozpoznanie różniczkowe, czy mamy do czynienia z biegunką organiczną czy czynnościową (nerwową). Biegunki nieżytowe zdarzają się najczęściej przy wrzodziejących i rakowatych zachorzeniach kiszek. Biegunki są tu jedynie objawem nieżytu towarzyszącego chorobie podstawowej, a nie objawem raka lub wrzodu. Jeżeli w wypróżnieniach stwierdza się wyłącznie czystą ropę lub domieszkę znacznej ilości ropy do kału, należy wówczas myśleć o przerwaniu się do kiszek pozajelitowego ogniska ropnego. Najistotniejszym czynnikiem leczniczym przy biegunkach jest zawsze uregulowanie diety i z tego względu *Kuttner* zgodnie zresztą z *Schmidtem* i *Noordenem* zapoczątkowuje leczenie przez zarządzenie 1 — 3 dni głodowych. Dla pokrycia utraty wody podaje się lekką herbatę. W razie niemożności podawania płynów do wewnątrz z powodu wymiotów, stosuje się kroplówkę z fizjologicznego roztworu soli kuchennej — 5%-owy roztwór cukru gronowego powoduje lekkie objawy podrażnienia — lub też wstrzykuje się roztwór podskórnie lub dożylnie. Po dniach głodowych następuje dieta oszczędzająca przewód pokarmowy, poczem trzeba ilość pożywienia szybko powiększyć. Ważnem jest oczyszczenie przewodu pokarmowego zapomocą środków czyszczących, olejku rycynowego lub kalomelu — który można podawać jednak tylko przy zupełnie zdrowych nerkach. Przy sprawach bardziej przewlekłych wchodzi również w rachubę kąpiel kiszkowa według *Borosiniego.*

Gdy biegunka utrzymuje się przez czas dłuższy, należy wówczas zbadać wydzielanie kwasu solnego. Przy biegunkach na tle żołądkowem, zależnych od niedostatecznej ilości lub zupełnego braku kwasu solnego — Gastritis subacida lub anacida — postępowaniem najlepszem jest zastąpienie brakującego kwasu solnego. Naogół pod wpływem leczenia kwasem solnym następuje uregulowanie wypróżnień. Czasami zachodzi jednak potrzeba podawania jednocześnie z kwasem solnym również środków ściągających, np. Eldoformu lub innych związków taniny. W przypadkach bardzo uporczywych podaje się 1 — 2 razy dziennie Bismutum subnitricum ($^1/_4$ — $^1/_2$ łyżeczki do herbaty rano naczczo i ewent. drugi raz przed obiadem w $^1/_2$ szklance wody). W ten sposób udaje się zwykle obejść bez preparatów makowca. Po osiągnięciu prawidłowych wypróżnień należy dbać o to, aby nie nastąpiło zaparcie. Gdy do wieczora następnego dnia niema stolca, stosuje się lawatywę czyszczącą z $^1/_2$ litra letniej wody lub naparu z rumianku bez dodatku środków ściągających. W poszczególnych przypadkach biegunek na tle żołądkowem osiąga się pomyślne wyniki również i zapomocą Taka-diastazy, zaczynów trzustkowych lub pepsyny. Jeżeli przy nieżycie żołądka pragniemy nadal utrzymać osiągniętą poprawę lub wyleczenie, wówczas zachodzi częstokroć potrzeba leczenia kwasem solnym w ciągu miesięcy a nawet lat, w każdym jednak razie zapomocą mniejszych dawek niż na początku leczenia. Wcho-

dzi tu w rachubę ewent. leczenie Acidol - Pepsiną wzgld. Taka - diastazą. Podawanie Eldoformu lub innych preparatów taninowych stopniowo zmniejszamy, stosujemy jednak początkowo jeszcze przez pewien czas preparaty ściągające. Jeżeli wynik badania przemawia za współudziałem trzustki, wówczas oprócz kwasu solnego podajemy jeszcze preparaty trzustkowe.

Przy drugiej postaci biegunek, również na tle żołądkowem, przy której, z powodu niedomogi odźwiernika, fermentująca treść żołądkowa przedostaje się do kiszek, należy usunąć fermentujące zaległości zapomocą przepłókiwania żołądka. Jeżeli leczenie wewnętrzne nie prowadzi do celu, zachodzi konieczność dokonania zabiegu chirurgicznego. W uporczywych częstych biegunkach, należy zwłaszcza po operacjach wrzodu żołądka, myśleć o możliwości przetoki łączącej żołądek z jelitem czczem i kiszką grubą.

Scherk opisał kilka przypadków tego rodzaju; poza postępującą utratą wagi stwierdza się często jako dalszy objaw, niczem nie dające się powstrzymać biegunki. Badanie rentgenologiczne zapomocą papki kontrastowej zwykle rozstrzyga rozpoznanie. Choroba przebiega przeważnie złośliwie i jedynie zabieg operacyjny może uratować chorego od śmierci.

Niestrawność gnilną i fermentacyjną leczy się głównie dietetycznie. Dokładne na ten temat wskazówki podaje w swej książce *Noorden.*

Tak zwane biegunki wrzekome przy jednoczesnem zwężeniu kiszki na tle raka odbytnicy leczy się podawaniem środków czyszczących, aby nie dopuścić do zatrzymania się treści powyżej przeszkody. Przy przewlekłej biegunce po czerwonce stosuje się również olej rycynowy w dawce ½ — 1½ łyżki stołowej 2 — 3 razy tygodniowo, w razie zaś potrzeby kąpiel kiszkową. Przy gruźlicy jelit także mamy często do czynienia z silnemi biegunkami. Leczenie tuberkuliną nie okazuje żadnego wpływu na biegunki; stosuje się objawowo środki ściągające i makowiec. Poza tem wchodzi w rachubę leczenie fizykalne (słońce górskie).

Z pośród biegunek nerwowych (czynnościowych) należy zwłaszcza uwzględnić psychicznie uwarunkowaną biegunkę lękową. Jako środki lecznicze stosuje się leki uspokajające i psychoterapję oraz odpowiednią dietę. Do pewnego stopnia za fizjologiczne można uważać biegunki podczas miesiączkowania u kobiet, skarżących się poza tym okresem na uporczywe zaparcie. Biegunki te nie poddają się przeważnie żadnym wpływom leczniczym i ustają same przez się. Biegunki przy chorobie Basedowa przedstawiają przejście między czysto nerwowemi i toksycznemi.

Schmidt i *Noorden* odróżniają 3 postacie biegunek w związku z chorobą Basedowa:

1). Wodnista biegunka, występująca nagle i napadowo i ustępująca samoistnie lub pod wpływem leczenia. Czasami pomagają zalecone przez *Eppingera* i *K. H. Noordena*

lawatywy z Suprareniny, skuteczne również i przy biegunkach na tle choroby Addisona (20 kropel 1⁰/₀₀-owego roztworu Suprareniny na 250 cm^3 wody).

2). Biegunki tłuszczowe przy chorobie Basedowa, bardzo uporczywe i niezawsze poddające się leczeniu kwasem solnym, preparatami trzustkowemi i wapniowemi. Ważnem jest uregulowanie diety: dieta beztłuszczowa, obfitująca w węglowodany.

3). Biegunki na tle żołądkowem u osób dotkniętych chorobą Basedowa; biegunki te leczy się w zwykły sposób podobnie jak przy Gastritis sub- lub anacida.

Biegunka bywa częstokroć objawem idjosynkrazji w stosunku do pewnych pokarmów, jak jajka, poziomki, skorupiaki i t. d.; również i przy odczynach allergicznych i anafilaktycznych zdarzają się często biegunki. *Strom van Leeuwen, Kaemmerer* i inni uważają te, występujące czasami, stany pobudzenia żołądkowo-jelitowego, za odczyny allergiczne przewodu pokarmowego. Podobną biegunkę anafilaktyczną opisują lekarze weterynarji u psów. Odczyn allergiczny może przez długie lata pozostawać nierozpoznany. Z tego powodu w przypadkach niewyraźnych długotrwałych biegunek należy dokonać badania na allergję. Przy biegunkach uremicznych nie jest wskazanem starać się o ich natychmiastowe wstrzymanie, gdyż odciążenie ustroju przeładowanego szkodliwemi produktami przemiany materji może się okazać pożądane. Poza tem wskazane są dnie herbaciane lub, według *Noordena,* dnie cukrowe i owocowe.

Biegunki mogą być wprost niebezpieczne, gdy dotyczą pacjentów osłabionych. *Kuttner* i *Scherk* ostrzegają z tego powodu, aby u osobników astenicznych i wątłych nie przeprowadzać leczenia czyszczącego środkami, które mogą łatwo doprowadzić do krwotocznej postaci nieżytu kiszek. Widzi się to np. u ludzi starszych, chorych na kiłę, u których przeprowadzano leczenie przeciwkiłowe zapomocą kalomelu. Minimalne nawet dawki rtęci mogą w takich przypadkach doprowadzić do ciężkich objawów chorobowych, a nawet do zejścia śmiertelnego.

Dr. A. KITTINGER, Szpital Rudolfstiftung w Wiedniu. II oddział chirurgiczny.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM STAPHARU w PRZYPADKACH ZAKAŻEŃ GRONKOWCOWYCH

(Referat według W. M. W. 1930, Nr. 10.)

Krebs i *Galewski* osiągali już dawniej bardzo dobre wyniki przy leczeniu czyraków szczepionką gronkowcową Staphar. Spostrzeżenia *Kittingera* potwierdzają słuszność tych pierwszych obserwacyj. Staphar wstrzykiwano co drugi dzień (początkowo podskórnie i śródskórnie, później tylko śródskórnie). Przy wstrzykiwaniu śródskórnem skóra łatwiej opanowuje zakażenie niż przy wstrzykiwaniu podskórnem. Początkowo wstrzykuje się 0,4, następnie 1 — 3 cm^3. Bóle znikały bardzo szybko i cho-

rzy doznawali w okolicy ogniska chorobowego uczucia ciepła. Autor ma wrażenie, że pod wpływem leczenia Stapharem ośrodek nekrotyczny oddzielał się prędzej. Występujące jeszcze początkowo nowe czyraki były o wiele mniej złośliwe. W trzech przypadkach środek miejsca wstrzyknięcia uległ zropieniu, podobnie jak same czyraki. W 85% leczonych przypadków czas trwania leczenia był znacznie krótszy, niż przeciętnie. Poza wstrzykiwaniami Stapharu stosowano okłady alkoholowe. Czyraki warg leczono w drodze czysto chirurgicznej. Na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń można powiedzieć, że Staphar przedstawia dla lekarza-praktyka cenną szczepionkę dla leczenia czyraczności i czyraków. Przebieg czyraczności staje się pod wpływem Stapharu krótszy i łagodniejszy. Staphar nigdy nie powoduje żadnych szkodliwych objawów działania ogólnego, nawet gdy podaną przez *Strubell-Harkorta* dawkę powiększyć do 3 cm^3. W klinikach i szpitalach można, oczywiście, stosować również i autoszczepionkę.

SZCZEPIENIE OSPY W CHINACH.

W Chinach ospa zdarza się o wiele częściej niż w Europie, w której od czasu wprowadzenia szczepień *Jennerowskich*, choroba ta należy do rzadkości. Dopiero w ostatnich latach znowu zwrócono większą uwagę na ospę. Stało się to częściowo z powodu oporu w niektórych krajach przeciwko przymusowi szczepiennemu, a częściowo z powodu zeszłorocznej epidemji Alastrim w Holandji. Ludność chińska natomiast przekonała się już zupełnie o skuteczności szczepień i chętnie prowadzi dzieci na stację szczepień ochronnych. Poniższe fotografje przedstawiają plac przed izbą przyjęć lekarza sanitarnego w Shanghaju. Koszty szczepień ponosi miasto.



Dr. PAWEŁ RISSMANN, Szkoła położnych w Hanowerze.

ZAPOBIEGANIE I LECZENIE RZUCAWKI PORODOWEJ NA PODSTAWIE 111 PRZYPADKÓW.

(Referat według Med. Klin., 1930, Nr. 11.)

Według zdania *Rissmanna* dla powstania rzucawki porodowej jest potrzebnym również i czynnik odżywczy (nieodpowiednie pożywienie). Z tego względu autor radzi, aby w czasie ciąży starannie unikać wszelkich błędów dietetycznych i zaleca dla ochrony przed rzucawką przestrzeganie diety jarzynowej. Wszelkie mocne przyprawy korzenne, alkohol, buljon z wyciągu mięsnego oraz surowe jaja i ostre gatunki sera są bezwzględnie wzbronione. Gdy stwierdza się już pierwsze przedrzucawkowe zaburzenia przemiany materji, wówczas oprócz specjalnej diety należy podawać witaminy i hormony. Niewielki ślad białka w moczu ginie zwykle w ostatnim miesiącu ciąży pod wpływem diety bezsolnej. Tyreoidyna nie okazuje wyraźniejszego wpływu. Pomyślne wyniki osiąga się przy podawaniu mieszaniny składającej się z wapnia, soli i witamin. Przy wyraźnych jednak objawach choroby nerkowej, *Rissmann* środka powyższego nie podaje. Przy wymiotach w pierwszych miesiącach ciąży, mieszanina ta niezawsze okazywała się skuteczną. Przy wymiotach toksycznych kroplówka z cukru i wstrzykiwania insuliny prowadzą do szybkiego wyleczenia.

Dokładne wywiady umożliwiły w ostatnich latach wykrycie szeregu błędów dietetycznych, które u chorych na rzucawkę stwierdzano bardzo często. Tak np. pewna kobieta ważyła na początku ciąży 117 funtów (niemieckich), a w czwartym miesiącu — 149. Wszystkie kobiety dotknięte rzucawką były otyłe, gdy właśnie podczas ciąży należy tycia unikać. Wśród błędów dietetycznych u kobiet ze wsi stwierdzano często spożywanie marynowanego mięsa wieprzowego, podczas gdy u kobiet pochodzących z miast notowano przeważnie odżywianie się potrawami mocno pieprznemi i solonemi; następnie wchodzą tu w rachubę piwo, mizerja, placki kartoflane, kwaśna kapusta, purée z grochu oraz tłuste mięso wieprzowe. W rodzinach zamożniejszych kawior i grzyby i t. d. powodowały często zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, które wywoływały pierwszy napad rzucawki. Za współudziałem pożywienia w powstawaniu rzucawki przemawia również okoliczność, że przy już grożącej rzucawce jesteśmy w stanie nie dopuścić do jej wystąpienia przez zastosowanie upustu krwi i leczenia głodowego.

Najpomyślniejszą statystykę leczenia rzucawki porodowej ogłosił *Waldstein* z Wiednia: 2,3% śmiertelności matek (10,1% dzieci) na 129 przypadków rzucawki. Stosował on podawanie Luminalu, zalecone dla leczenia rzucawki w r. 1915 przez *Rissmanna*. Niezwykle pomyślne wyniki za-

leżą częściowo od tego, że jedynie 26—28% pacjentek *Waldsteina* przybyło do szpitala z pełnemi objawami już istniejącej rzucawki. *Rissmann* na 111 przypadków rzucawki spostrzegał 6% śmiertelności matek i 18% śmiertelności dzieci. W przeciwieństwie do chorych *Waldsteina*, pacjentki *Rissmanna* przybywały prawie wszystkie na klinikę już w okresie drgawek. Dla porównania ze statystyką *Waldsteina* i *Rissmanna*, autor przytacza poniższą tabelę omawiającą wyniki leczenia rzucawki porodowej innemi sposobami bez podawania Luminalu:

Klinika	Śmiertelność matek	Śmiertelność dzieci	Uwagi
Klinika położnicza w Bonn (Lipski kongres ginekologiczny)	11,0%	—	Leczenie metodą *Stroganowa*.
Baisch (ogłoszone przez Gideona)	16,1%	44,8%	Statystyka bezwzgl.
Klinika położnicza w Dreznie (ogłoszone przez Schmeckla)	15,0% (śmiertelność pierwotna)	—	—
John Hopkins Hosp. Baltimore	13,0%	—	Według *Essen-Möllera* w doniesieniu *Halban-Seitza*.
Rotunda-Hospital w Dublinie	8,87%	—	
Stoeckel (Lipsk-Berlin)	8,4%	21,9%	Natychmiastowe cięcie cesarskie (obliczone według *Eberhardta* Z. f. Geburtsh. 1928).
Klinika położnicza w Kolonji	18,4%	21,4%	—

Rissmann wprowadził w swej klinice następujący schemat leczenia: każdej rodzącej z objawami rzucawki dokonywa się natychmiast po przyjęciu upustu krwi w ilości conajmniej 500 cm^3, poczem wstrzykuje się jej 0,4 g Luminalu. Mniejsze dawki Luminalu nie okazują potrzebnego działania. Roztwór Luminalu wstrzykuje się domięśniowo w nieobrzęknięte miejsca piersi lub ramienia. W ten sposób zyskuje się czas dla zastosowania leczenia indywidualnego. Siarczanu sodu autor już nie podaje, natomiast dąży do przyspieszenia porodu. W razie potrzeby dokonywa się cięcia pochwowego lub cięcia cesarskiego. *Waldstein* zwracał się do cięcia cesarskiego przeważnie tylko z powodu białkomoczowego zapalenia siatkówki. Zwykłe jego leczenie polegało na upuście krwi, Luminalu i diecie głodowej. Gdy jednak dochodziło do rzucawki porodowej, wówczas retinitis albuminurica lub zielonkawo mieniący się, względnie czekoladowo-brunatny skąpy mocz i żółtaczka skłaniały do natychmiastowego dokonania cięcia cesarskiego. Również i złe tętno i zły oddech były wskazaniem do tego zabiegu. Jeżeli mocz zawiera powyżej 1% białka, liczne wałeczki nabłonkowe i krwinki czerwone, to również zachodzi wskazanie do cięcia cesarskiego; podobnież i silne stany pobudzenia i niereagowanie na Luminal wymagają leczenia operacyjnego. Cięcie cesarskie wykonywa się czasem również i dla ratowania dziecka. W statystyce *Rissmanna* dokonano

cięcia cesarskiego w 20% przypadków. Bezpośrednio po każdym napadzie drgawek podaje się tlen. Po ukończeniu porodu chora otrzymuje 1 litr 5%-owego roztworu cukru gronowego w lawatywie kroplowej, którą *Rissmann* uważa za lepszą niż dożylne wstrzykiwania cukru. Jedynie bardzo niespokojnym pacjentkom zamiast kroplówki wstrzykuje się podskórnie 1 litr rozczynu Ringera. Dawkę Luminalu, która nie powinna być mniejsza niż 0,4 g, podaje się co 2, 4, 6 godzin, tak długo, dopóki trwają drgawki. Więcej niż 1,6 g Luminalu na dobę podawać nie należy. Jednoczesne stosowanie Luminalu i chloroformu lub wodanu chloralu jest zupełnie zbyteczne. Sen po Luminalu pozwala na podawanie niesolonego kleiku owsianego i umożliwia samoistne oddawanie moczu, poczem chora natychmiast znowu zasypia. Dla ułatwienia przewiezienia chorej do szpitala można zastrzyknąć niewielką dawkę morfiny, lub, co jest jeszcze lepsze, 0,04 g papaweryny.

Dr. F. LAQUER, Elberfeld.

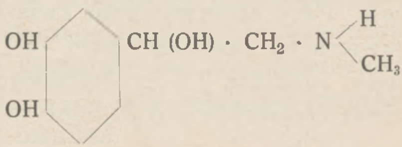
CHEMJA HORMONÓW.

(Referat według: Chemja witamin i hormonów, Klin. Wo. 1930, Nr. 3.)

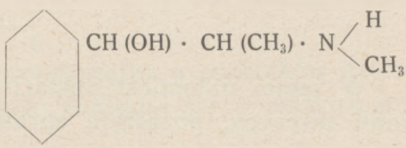
Niektórych hormonów wykazać w sposób chemiczny dotychczas jeszcze nie jesteśmy w stanie; o obecności ich wnioskujemy jedynie pośrednio na podstawie działania, które hormony te wywierają na żywy ustrój lub izolowane narządy lub na podstawie zaburzeń powstających u ludzi i zwierząt wskutek ich braku. Dla systematycznego badania hormonów potrzebny jest przedewszystkiem odpowiednio czuły reaktyw, któryby umożliwiał pewne wykrycie odnośnego hormonu. W ten sposób udało się wyjaśnić chemiczną budowę kilku hormonów i nawet otrzymać je syntetycznie. W poniższem zestawieniu przytoczymy w krótkości nieliczne zdobyte już dane z dziedziny chemji hormonów.

I. Substancja rdzeniowa nadnerczy. Adrenalina.

Adrenalina, względnie syntetyczna Suprarenina (dwuoksyfenyloetanolometyloamina) jest związkiem o następującym wzorze chemicznym:



Alkaloid efedryna o własnościach również typowego środka pobudzającego układ współczulny jest zarówno z chemicznego jak i farmakologicznego punktu widzenia bardzo zbliżony do adrenaliny. Efedryna jest to fenylopropanolometyloamina o wzorze:



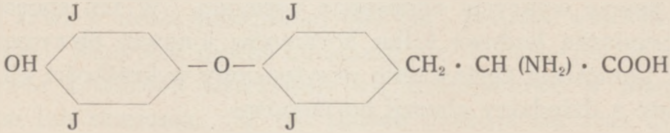
Również i efedrynę otrzymuje się obecnie na drodze syntetycznej. Racemiczna efedryna znajduje się w sprzedaży pod nazwą Racedrin. Różnice chemicznej budowy Suprareniny i efedryny nie są, jak to wynika z ich wzorów, dostatecznie duże, aby mogły okazać wpływ na sposób działania obu związków. Skuteczność natomiast działania przy podaniu doustnem okazuje się zasadniczo odmienną. W przeciwieństwie do adrenaliny efedryna działa również i z przewodu pokarmowego. Czas działania Racedriny jest o wiele dłuższy niż naturalnego hormonu.

Substancja korowa nadnerczy.

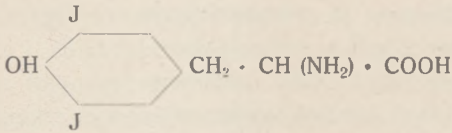
W ostatnich czasach opisywano szereg swoiście czynnych związków: Cortin, Interrenin, Pneumin, Interrenalin i t. d. — które mają jakoby okazywać pomyślny wpływ na objawy wypadnięcia u zwierząt pozbawionych nadnerczy oraz działać leczniczo nawet na chorobę *Addisona*. *Szent-György* otrzymał niedawno z substancji korowej nadnerczy silnie redukujący, nieznany dotychczas krystaliczny związek, zbliżony do kwasu glukoronowego. Odkrywca uważa go za swoisty biologiczny katalizator stojący w bliskim związku z czynnością wewnątrzwydzielniczą nadnerczy i obdarzony właściwością hamowania pigmentacji.

II. Gruczoł tarczowy. Tyroksyna.

Baumann w r. 1896 pierwszy wykazał, że w tarczycy znajduje się stosunkowo duża ilość organicznie związanego jodu. W 20 lat później *Kendall* wyodrębnia związek czynny w stanie czystym i nadaje mu nazwę tyroksyny. *Harrington* stwierdza, że tyroksyna przedstawia eter cztero-jodo-p-oksyfenylowy tyrozyny o następującym wzorze chemicznym:



poczem wspólnie z *Bargerem* otrzymują tyroksynę na drodze syntetycznej. Przy otrzymywaniu związku naturalnego z tarczycy okazuje się, że zawiera on zaledwie około 15% znajdującej się w gruczole ogólnej ilości jodu. Jeszcze 7% organicznego jodu tarczycy znajduje się w otrzymanej przez *Harringtona* dwujodotyrozynie:



W jakiej natomiast postaci znajduje się pozostałe 78% organicznego jodu tarczycy, pozostaje sprawą niewyjaśnioną. Albo są one zawarte

w tyroksynie i dwujodotyrozynie, lecz częściowo rozpadają się przy otrzymywaniu tych związków, albo też mamy do czynienia z nieznanemi, zawierającemi jod, organicznemi związkami, których znaczenie biologiczne również jest jeszcze nieznane.

Stosowanie lecznicze czystej tyroksyny zawiodło pokładane w niej nadzieje, gdyż nie działa ona per os tak pomyślnie jak zwykła sproszkowana tarczyca. Możliwe, że zależy to od trudnej rozpuszczalności tyroksyny, gdy tymczasem hormon naturalny znajduje się w gruczole w niezmienionej, rozpuszczalnej w wodzie i łatwo wchłanialnej postaci.

III. Gruczoły przytarczyczne.

Czynne i nadające się do stosowania leczniczego preparaty gruczołów przytarczycznych jesteśmy w stanie otrzymywać dopiero od chwili odkrycia *Collipa*, stwierdzającego, że poziom wapnia we krwi zwierząt pozbawionych przytarczyczek przedstawia odpowiedni reaktyw dla tych gruczołów. Według *Collipa* paratyreoidyna przedstawia związek białkowaty, którego bliższa budowa chemiczna jest jeszcze zupełnie niewyjaśniona.

IV. Trzustka. Insulina.

Chemiczną budową insuliny zajmował się przedewszystkiem *Abel* i jego współpracownicy. Punktem wyjścia ich badań było spostrzeżenie, że nawet w najlepiej oczyszczonych preparatach insuliny działanie obniżające poziom cukru we krwi (w doświadczeniach na królikach) idzie równolegle do zawartości określonej analitycznie i łatwo dającej się odszczepić siarki. Udało im się wreszcie otrzymać insulinę krystaliczną, zawierającą w 1 miligramie około 25—40 międzynarodowych jednostek, czyli mniej więcej 3 razy bardziej stężoną niż dotychczasowy, uważany za bardzo czysty, międzynarodowy preparat wzorcowy.

Z krystalicznej insuliny otrzymano drogą kwaśnej hydrolizy 5 różnych aminokwasów: cystynę, tyrozynę, argininę, histydynę i leucynę. Czysta insulina przedstawia krystaliczne ciało białkowe o wzorze surowym $C_{45} H_{69} O_{14} N_{11} S + {}_{3}H_2O$. Białkowy, według wszelkiego prawdopodobieństwa, charakter insuliny tłumaczy nam, dlaczego wszelkie dotychczasowe próby podawania insuliny do wewnątrz kończyły się niepowodzeniem. W chwili obecnej niema jeszcze żadnych danych, aby udało się otrzymać syntetycznie związek identyczny z czystą insuliną.

V. Gruczoły płciowe.

1. *Męskie.*

Czynny związek jąder, którego brak doprowadza u osobników kastrowanych do utraty wtórnych cech płciowych, znajduje się w męskich gru-

czołach płciowych, w moczu mężczyzn i w męskich kwiatach wierzby. Wykazanie męskiego hormonu natrafia na znaczne trudności, gdyż reaktywy na jego obecność, jak grzebień koguci lub nabłonek gruczołu pęcherzykowego *(Loewe)* nie dają dotychczas pewnych wyników.

2. *Kobiece.*

W r. 1923 *Allen* i *Doisy* wykryli reaktyw na żeński hormon płciowy, który stał się punktem wyjścia dla wszystkich dalszych badań chemicznych hormonu rui. Hormon ten, pobudzający utraconą ruję kastrowanych gryzoniów, znajduje się, podobnie jak rozpuszczalne w tłuszczach witaminy, w niezmydlanej frakcji lipoidowej jajników i łożyska. Hormon jest odporny na działanie kwasów i zasad i to nawet w wysokiej temperaturze, ulega natomiast łatwiej działaniu środków utleniających. Znaczne własności adsorbcyjne hormonu utrudniały dotychczas otrzymanie go w większej ilości z zawierających go narządów w czystej postaci, odpowiedniej dla dokładniejszych badań chemicznych. *Zondek* i *Aschheim* wykryli w moczu ciężarnych kobiet i zapłodnionych zwierząt obecność znacznej ilości hormonu rui, co umożliwiło otrzymywanie dużej ilości łatwo dostępnego materjału dla dalszych badań chemicznych. Według doniesienia *Doisy* z dnia 23 sierpnia 1929 r. na Międzynarodowym Kongresie Fizjologów w Bostonie, udało mu się otrzymać z moczu ciężarnych hormon rui w krystalicznej postaci. 22.X.1929 *Butenandt* (Getynga) na odczycie wygłoszonym w Kilonji doniósł, że również otrzymał z moczu ciężarnych krystaliczny żeński hormon płciowy. Również i *Laqueur* otrzymał krystaliczny hormon. 1 g ma jakoby zawierać 6 — 10 miljonów mysich jednostek.

Oprócz hormonu rui znajduje się może w jajniku jeszcze jeden hormon antagonistyczny, obdarzony własnościami hamującemi, wytwarzający się według wszelkiego prawdopodobieństwa w ciałku żółtem. O własnościach chemicznych tego hormonu nie wiemy jeszcze nic pewnego.

VI. Przysadka.

1. Płat tylny.

Jeszcze do niedawna panował pogląd, że działanie na macicę, wpływ antidiuretyczny i naciśnienie tętnicze zależą od jednego tylko hormonu. Pogląd ten jednak okazał się niesłuszny. Zapomocą frakcjonowanego strącania eterem i eterem naftowym octowego wyciągu hormonu tylnego płata przysadki, udało się w znacznym stopniu oddzielić frakcję zwiększającą ciśnienie krwi od frakcji działającej na macicę. Dalsze wyjaśnienie budowy chemicznej obu związków dotychczas jeszcze się nie powiodło.

Gruczoł	Reaktyw		Stosowanie lecznicze	Postać chemiczna
	Chemiczny	Fizjologiczny		
Nadnercze — rdzeń	istnieje	istnieje	możliwe	związek krystaliczny syntetyczny
Nadnercze — kora	brak	brak	niemożliwe	nieznany
Tarczyca	istnieje	istnieje	możliwe	związek krystaliczny syntetyczny
Przytarczyczki	brak	istnieje	możliwe	W roztworze. W stanie czystym nieznany
Trzustka	istnieje(?)	istnieje	możliwe	związek krystaliczny
Gruczoły płciowe: męskie	brak	brak	niemożliwe	budowa nieznana
Gruczoły płciowe: żeńskie	brak	istnieje	możliwe	związek krystaliczny
Przysadka — płat tylny — działający na macicę	brak	istnieje	możliwe	W roztworze. W stanie czystym nieznany
Przysadka — płat tylny — zwiększający ciśn. krwi	brak	istnieje	możliwe	W roztworze. W stanie czystym nieznany
Przysadka — płat przedni — pobudzający wzrost	brak	istnieje	niemożliwe	Wroztworze. W stanie czystym nieznany.
Przysadka — płat przedni — horm. dojrzewania	brak	istnieje	możliwe	W roztworze. W stanie czystym nieznany
Grasica	brak	brak	niemożliwe	budowa nieznana
Szyszynka	brak	brak	niemożliwe	budowa nieznana

W przyszłości należałoby stosować w położnictwie nie dotychczasowy ogólny hormon tylnego płata, lecz hormon działający jedynie na macicę (Orasthin)*), w przypadkach zaś, w których dążymy do pobudzenia perystaltyki kiszek, wskazany jest wyłącznie hormon zwiększający napięcie jelit (Tonephin) *). Działanie hamujące diurezę również zależy od Tonephiny, która jest wobec tego wskazaną w moczówce prostej. *Isaac* i *Siegel* stosowali ją już przy tej chorobie z pomyślnym wynikiem leczniczym.

2. *Płat przedni.*

Również i płat przedni przysadki zawiera conajmniej dwa odmienne hormony: 1) hormon pobudzający wzrost i 2) hormon, przy którego pomocy można osiągnąć przedwczesne dojrzewanie płciowe.

a). Hormon wzrostu *(Evans).*

Evans i jego współpracownicy wykazali, że wyciągi z przednich płatów świeżych przysadek, otrzymane zapomocą fizjologicznego roztworu soli kuchennej lub słabych zasad, powodują u młodych szczurów wzrost olbrzymi jednocześnie z zatrzymaniem rozwoju płciowego. Ta czynność hamująca zależy u samiczek od nadmiernej luteinizacji jajników. Hormon wzrostu jest jednak związkiem tak wrażliwym, że żadnych dokładniejszych jego właściwości chemicznych dotychczas nie udało się ustalić.

*) Orasthin i Tonephin nie są w Polsce zarejestrowane.

b). Hormon dojrzewania (*Zondek* i *Aschheim*).

Zondek i *Aschheim* wykazali, że przeszczepienie świeżych przednich płatów przysadki powoduje u młodych samiczek myszy lub szczurów przedwczesne dojrzewanie płciowe, polegające na charakterystycznych zmianach jajników, macicy i pochwy. Autorzy ci wykazali następnie, że kobiety już na samym początku ciąży wydalają ten związek, który nazwali Prolanem *), w moczu. Odkrycie to umożliwiło wczesne rozpoznawanie ciąży, o co starano się bezskutecznie już oddawna. Rozpoznawanie ciąży zapomocą wykazania w moczu obecności Prolanu znajduje już rozległe zastosowanie praktyczne. Poza tem posiadanie w tak znacznej ilości surowca, zawierającego Prolan, umożliwiło dalsze badania nad jego budową chemiczną. Okazało się, że omawiany hormon, w przeciwieństwie do hormonu jajnikowego, nie rozpuszcza się w roztworach rozpuszczających lipoidy i że można go strącić z moczu zapomocą alkoholu. Prolan jest niewrażliwy na wysoką temperaturę oraz na działanie kwasów i zasad.

Prolan nie zawiera składnika pobudzającego wzrost. Duże dawki Prolanu powodują silną luteinizację jajników w sposób podobny, jaki opisał *Evans* odnośnie do hormonu wzrostu. Nie udało się jeszcze dotychczas rozstrzygnąć, czy oba hormony, zwłaszcza w dużych dawkach i przy długotrwałem stosowaniu, okazują jednakowy wpływ luteinizujący, jak to uznają *Biedl*, *Bremer* i inni, czy też w przednim płacie przysadki istnieje jeszcze trzeci „hormon luteinizacji". Hormon luteinizacji musiałby w tych warunkach być złączony zarówno z hormonem wzrostu *Evansa* jak i z hormonem dojrzewania *Zondeka* i *Aschheima*, odznaczającym się, nawiasem mówiąc, własnościami pod wieloma względami wprost przeciwnemi. Również i pytanie, któremu hormonowi przysadki należy przypisać spostrzegane przez *Kestnera* swoisto-dynamiczne działanie preparatów płata przedniego, pozostaje bez odpowiedzi.

VII. Grasica, szyszynka i hormony hipotetyczne.

Grasica i szyszynka również przedstawiają, według powszechnie panującego poglądu, gruczoły wewnątrzwydzielnicze. Dowodzą tego zarówno spostrzeżenia kliniczne jak i rozległe badania patologji doświadczalnej. Wobec tego jednak, że dotychczas nie udało się wykryć dla wytwarzanych przez te gruczoły hormonów odpowiednich reaktywów, chemiczna budowa ich jest jeszcze zupełnie nieznana. Ma to również zastosowanie i odnośnie do swoiście czynnych związków, które jakoby się znajdują w różnych innych narządach, w żołądku i kiszkach, w wątrobie, nerkach, sercu, mięśniach, śledzionie i t. d. Liczni autorzy są przeciwnikami nadawania tym związkom nazwy „hormonów".

---

*) Prolan nie jest w Polsce zarejestrowany.

Prof. dr. JULJUSZ K. MAYR, Monachjum.

CHOROBY GRUCZOŁÓW ŁOJOWYCH.

(Referat częściowy z „Podręcznika chorób skórnych i wenerycznych", 1930. Nakład: Rudolf Müller i Steinicke, Monachjum.)

Najczęstszą chorobą gruczołów łojowych są wągry, przedstawiające żółtawe lub czarne punkciki bardzo nieznacznie wzniesione ponad poziom skóry. Wągry zatykają ujścia gruczołów łojowych i można je łatwo wydobyć zapomocą ucisku. Wągry stwierdza się w tych wszystkich miejscach, w których jest wiele gruczołów łojowych: na nosie, czole, policzkach, piersi i plecach. Występują one przeważnie w okresie pokwitania. Po wyschnięciu oddzielają się najczęściej samoistnie w ciągu 1—2 tygodni. Zawsze zachodzi niebezpieczeństwo, że wągry przejdą w trądzik pospolity. Często znikają one dopiero w starszym wieku. Dla leczenia zaproponował *Unna* specjalny przyrząd do wyciskania wągrów.

W związku z powstawaniem wągrów rozwija się trądzik pospolity, przejawiający się pod postacią grudek i guzków. Grudki kończą się śpiczastem wzniesieniem i odznaczają się zapalno-czerwoną lub niebieskawo-czerwoną barwą. Grudki te i ich otoczenie mogą ulegać dosyć głębokiemu nacieczeniu i nawet zropieniu. Występują zwykle w ścisłym związku z pokwitaniem. Ilość ich jest stale zmienna. Obrzęk zapalny może się zmniejszać i na określonem miejscu następuje wyleczenie, ostatecznie jednak wyleczenie w krótkim czasie zdarza się rzadko. Jako okres końcowy stwierdza się wtedy charakterystyczne wciągnięte blizny (Anatodermia). Podobnie jak przy wągrach uważa się i odnośnie do trądzika pospolitego za czynnik wywołujący zaburzenia przemiany materji. Terapja polega na leczeniu złuszczającem zapomocą lampy kwarcowej lub maści złuszczających. Maść nakłada się na skórę uprzednio odtłuszczoną benzyną lub eterem, w warstwie grubości grzbietu noża. (Rp. Resorcin. — Zinc. Oxyd. — Amyl. ana 15,0. — Ung. mol. 30,0). Ogniska zropiałe należy naciąć cieniutkim nożykiem, poczem można zastosować łagodne leczenie z 10%-owej maści siarkowej. Pożyteczne są również i zmywania stałem lub płynnem mydłem siarkowem. W odpowiednich przypadkach stosuje się leczenie arsenowe. Ważnem jest ponadto uregulowanie wypróżnień. *E. Hoffmann* radzi leczenie promieniami Rentgena, a mianowicie 4 x przy 0,5 mm Alum.

Trądzik różowaty przedstawia zapalenie gruczołu łojowego. Typowe objawy zapalenia mogą jednak zupełnie nie występować przez czas dłuższy. Początkowo stwierdza się przekrwienie z jasnem zaczerwienieniem, prowadzące do rozszerzenia naczyń krwionośnych. Zajęte miejsca wyróżniają się tłuszczowym połyskiem, ujścia gruczołów są rozszerzone. Następnie dołącza się występowanie prawdziwych guzków trądzikowych. Cho-

roba występuje w średnim wieku i może trwać ze stale zmiennem nasileniem nawet dziesiątki lat. Zajęte są przeważnie środkowe części twarzy, przedewszystkiem nos, policzki, czoło i podbródek. Jako czynniki etjologiczne wchodzą w rachubę zaburzenia trawienne, nadużycie alkoholu, kawy i herbaty oraz, zwłaszcza u kobiet, nieprawidłowości narządów płciowych. Co się tyczy leczenia, zaleca się przedewszystkiem usunięcie choroby podstawowej, jak np. nadkwaśności, zaparcia lub cierpień kobiecych. Miejscowo stosuje się maści złuszczające lub zwilżanie 70% alkoholem. Niektórzy autorzy zalecają domięśniowe wstrzykiwania siarki.



Trądzik pospolity.

Na podłożu trądzika różowatego wytwarza się guzowatość nosa (rhinophyma). Przekrwienie i zastój prowadzą do rozlanego zgrubienia skóry z różnokształtnemi oszpecającemi guzami. Ujścia gruczołów łojowych są bardzo rozszerzone i można z nich wycisnąć znaczne ilości wydzieliny. Jako leczenie wchodzi w rachubę jedynie chirurgiczne usunięcie guzów i części obrzmiałych.

Łojotok występuje w dwóch postaciach:

1) jako łojotok tłuszczowaty z wzmożonem wydzielaniem tłuszczu, przyczem skóra jest tłusto-lśniąca, podobnież i włosy są bardzo tłuste;

2) jako łojotok suchy, przy którym oprócz wzmożonego wydzielania tłuszczu dochodzi jeszcze do wytwarzania łupieżu. Łupież oddziela się pod postacią dużych lub małych łusek. Pod warstwą łupieżu stwierdza się lekko zaczerwienioną zapalną skórę. Łojotok występuje przeważnie u osobników młodych i z biegiem czasu natężenie jego stopniowo słabnie. Dla leczenia stosuje się 1—5%-ową maść rtęciową i 5—10%-ową maść siarczano-cynkową.

Trądzik ospowaty (acne necrotica) jest cierpieniem przewlekłem, rozchodzącem się z czoła ku granicy włosów, a czasem i w kierunku nosa. Na zajętych miejscach skóry stwierdza się obecność bladych guzków, wielkości główki szpilki aż do ziarna grochu, o wyglądzie woskowatym, obrzękniętym i ostro odgraniczonym. W przebiegu późniejszym dochodzi do wytworzenia się pęcherzyków i środkowego obumarcia tkanki. Wreszcie cały guzek ulega nekrozie i po odpadnięciu strupka pozostaje ostro odgraniczona, okrągława, głęboko wciągnięta blizna. Powstawanie trądzika ospo-

watego również uzależnia się od zaburzeń trawiennych; możliwe jednak, że i gronkowce odgrywają tu pewną rolę. Dla leczenia wchodzą w rachubę 5 — 10%-owa biała maść rtęciowa i ostrożne naświetlanie promieniami pozafioletowemi.

Prof. dr. A. REUSS.

W JAKI SPOSÓB NALEŻY LECZYĆ OSTRE WYMIOTY Z BIEGUNKĄ U NIEMOWLĄT?

(Referat według W. kl. W. 1929, Nr. 50).

Przy wyborze sposobu leczenia zatrucia pokarmowego lub ostrych wymiotów z biegunkami u dzieci (Cholera infantum) należy przedewszystkiem uwzględnić stan ogólny, następnie dotychczasowe odżywianie i wiek. Ogólnego schematu leczenia podać nie można. Co pomaga w jednym przypadku, może zawieść zupełnie w innym. Można jednak nakreślić pewne wskazówki wytyczne. Przedewszystkiem należy dążyć do oczyszczenia kiszek zapomocą opróżnienia, odtrucia lub odkażenia znajdującej się w jelitach zawartości oraz zupełnego odstawienia pożywienia. Podanie środka czyszczącego niezawsze okazuje się możliwem z powodu wymiotów, zresztą częstokroć nie jest ono nawet potrzebnem. Należy ostrzegać zwłaszcza przed kalomelem. Jeżeli jednak podanie środka czyszczącego jest niezbędne, wówczas *Reuss* stosuje przy zatruciu pokarmowem olej rycynowy w czystej postaci, albo w zawiesinie z Syrupus mannatus aa. Polecenia godnem jest również przepłókanie żołądka wodą, fizjologicznym roztworem soli kuchennej, karlsbadskim Mühlbrunnem lub 1%-owym roztworem sody i to zarówno w przypadkach silnych wymiotów, jak i przy zaleganiu treści żołądkowej. Przy wypróżnieniach bardzo cuchnących należy przepłókiwać kiszki zwykłą wodą, roztworem soli kuchennej, naparem z rumianku, roztworem Kamillosanu i t. d., ewent. z dodatkiem poniżej wymienionych środków odtruwających.

Dla odtruwania stosuje się środki ściągające, jak np. węgiel zwierzęcy we wszelkich postaciach, w razie potrzeby w połączeniu z siarką, kwasem benzoesowym, naftolem, srebrem węglowem lub gelem z chlorku srebra i kwasu krzemowego. Pierwszego dnia podaje się lekarstwo do wewnątrz, łyżeczkami od herbaty, w jakimkolwiek obojętnym płynie. Jeżeli dziecko odmawia przyjmowania pokarmu, wówczas daje się zawiesinę przez sondę żołądkową. W lawatywkach stosuje się zawiesinę z Bolus alba w ilości 2 — 3 łyżek stołowych na ½ — 1 litra. Środki ściągające wiążą jady, a częściowo i drobnoustroje.

Jako środek odkażający jelita najodpowiedniejszym jest Rivanol. Podaje się dzieciom ½ — 1 małej Rivanoletki (8 mg) w wodzie lub herbacie, lub przepłókuje się kiszki per rectum roztworem Rivanolu 1 : 5000.

Pożywienie u zdrowych dotychczas niemowląt można zredukować nawet dłużej niż na 24 godziny do diety wodnej, zwłaszcza, gdy dziecko przekroczyło już ½ roku. U młodszych dystroficznych niemowląt wskazana jest ostrożność. W przypadkach takich wystarcza 12-godzinna dieta głodowa. Odstawienie pożywienia na czas nieco dłuższy jest dozwolone jedynie przy bardzo starannej kontroli.

W każdym bez wyjątku przypadku należy dbać o obfity dowóz wody dla uniknięcia wysuszenia. Podaje się płyny, o ile to jest możliwe, doustnie, sondą żołądkową lub w lawatywkach. Jako płyny wchodzą tu w rachubę woda, herbata, fizjologiczny roztwór soli kuchennej lub roztwór Ringera, albo woda z dodatkiem ½% soli kuchennej i ½% sody. Roztwory solne wiążą czasami lepiej wodę, mogą jednak również spowodować obrzęki. Dodatek niewielkiej ilości cukru jest nieszkodliwy, a przy kwasicy i acetonemji nawet wskazany. Jeżeli dziecko większych lawatywek nie utrzymuje, należy wówczas spróbować kroplówki. Przy dużej skłonności do wymiotów można zastosować cewnik przez nos. Jeżeli drogą do wewnątrz nie można dostarczyć dostatecznej ilości wody, wówczas należy wstrzyknąć podskórnie 50 — 100 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej, lub 5 — 6%-owego cukru gronowego lub 10%-owej Calorosy. W poszczególnych przypadkach stosuje się również dootrzewnowe wlewania 100 — 200 cm^3 płynu. Środki zapierające należy stosować jedynie bardzo ostrożnie, gdyż mogą one spowodować zatrzymanie jadów w ustroju. Dla związania wody zalecano również wstrzykiwania insuliny, które, być może, wpływają dodatnio również i na samo zatrucie. Insulinę wstrzykuje się na ½ godziny przed dożylnem podaniem cukru gronowego w ilości odpowiadającej 1 jednostce na 3 — 5 g cukru; najlepiej stosować hipertoniczne roztwory cukru (10 — 20%). Transfuzja krwi nie jest, według dotychczasowego doświadczenia, zabiegiem odpowiednim.

Gdy dziecko można znów odżywiać, zaczynamy od niewielkich ilości, 5 — 10 g 10 razy dziennie lub nawet częściej. Zwiększyć należy również i ilość płynu. Jako pożywienie wchodzą w rachubę:

1). Mleko kobiece; prowadzi ono jeśli nie najprędzej, to jednak w sposób pewny do poprawy.

2). Mleko białkowe, wzgl. mieszankę mleka kobiecego i białkowego.

3). Maślanka, mleko z kwasem mlecznym, cytrynowym lub wapienne, później z dodatkiem węglowodanów, jak mąka lub cukier. W razie potrzeby ewent. również z mlekiem kobiecem.

4). Kleik ryżowy bez mleka i kazeiny (10%), mączka z sucharków, serwatka z dodatkiem węglowodanów. Jeżeli zachodzi potrzeba wykluczenia mleka na czas dłuższy, stosuje się mieszaninę mleka migdałowego i serwatki. W niektórych przypadkach chorzy źle reagują na mleko.

Baczną uwagę należy zwracać również i na ogólne pielęgnowanie. Należy unikać przegrzania, odgrywającego szczególną rolę jako czynnik etjologiczny, nie dopuszczać jednak również i do nadmiernego opadnięcia ciepłoty i pilnować wreszcie starannie czynności serca.

Dr. L. LOEBEL (Bad Hofgastein) i dr. A. SIMÓ (Bad Schallerbach), I uniwersytecka klinika wewn. w Wiedniu.

O AMBULATORYJNEM LECZENIU PRZEWLEKŁYCH CHORÓB STAWOWYCH, NERWOBÓLÓW I BÓLÓW MIĘŚNIOWYCH ZAPOMOCĄ NIESWOISTEJ TERAPJI BODŹCOWEJ.

(Referat według Med. Klin. 1930, Nr. 10.).

Przy ambulatoryjnem leczeniu przewlekłych chorób stawowych stosować nie można środków drażniących, wywołujących wysoką gorączkę, jak np. mleko; leki te są odpowiednie tylko dla chorych leżących w łóżku. Natomiast Yatren-Caseina,zalecona przez *Zimmera*, nadaje się również i dla leczenia ambulatoryjnego, gdyż nie powoduje żadnych objawów podrażnienia miejscowego i wyróżnia się znakomitą tolerancją. Jako dawkę początkową *Loebel i Simó* stosowali 1 cm^3 Yatren-Caseiny słabej. Gdy gorączka podnosiła się jedynie nieznacznie powyżej 37°, wówczas po jednodniowej przerwie wstrzykiwano 2 cm^3 tego samego roztworu. W razie silniejszego odczynu autorzy przedłużali przerwę i pozostawiali dawkę bez zmiany lub zmniejszali ją. Po 3 cm^3 Yatren-Caseiny słabej stosowano 1 cm^3 Yatren-Caseiny mocnej i zwiększano tę dawkę aż do 3 — 5 cm^3 Yatren-Caseiny mocnej. 10 — 15 wstrzykiwań wystarczyło dla przeprowadzenia 1 kuracji. Autorzy podają wyniki leczenia Yatren-Caseiną w postaci poniższej tablicy:

	Wyleczenie	Poprawa	Bez zmiany	Ogółem
Pierwotne przewlekłe zapalenie wielostawowe	—	32	20	52
Wtórne przewlekłe zapalenie wielostawowe	—	1	21	22
Zakaźne zapalenie stawów	—	1	2	3
Zniekształcające zapalenie wielostawowe	—	18	19	37
Zniekształcające zapalenie dużych stawów	—	—	17	17
Choroba Bechterewa	—	—	4	4
Zapalenie jednostawowe nieznanego pochodzenia	1	5	2	8
Nerwobóle	—	3	—	3
				146

Poza tem osiągali *Loebel* i *Simó* pomyślne wyniki również zapomocą związków jodowych, szczepionek gośćcowych i jadu pszczół. Chorym, u których przypuszczano istnienie zaburzeń w odżywianiu lub wewnątrzwydzielniczych, podawano Vigantol. Stosowano go u 8 chorych z przedstarczą lub starczą osteopatją wzgl. osteoporozą. W 7 przypadkach wynik okazał się dobry. Wyników leczenia hormonalnego nie można jeszcze dotychczas ocenić.

Streszczenie: w lekkich i średniociężkich, pierwotnie przewlekłych zapaleniach wielostawowych, w zniekształcającem zapaleniu stawów i w chorobach stawowych nieznanego pochodzenia Yatren-Caseina okazuje bardzo cenne usługi. Nadzieje pokładane w leczeniu chorób stawowych gruźliczą szczepionką skórną naogół zawiodły, gdyż pomagała ona jedynie w lekkich postaciach zapaleń wielostawowych, przy bólach mięśniowych i nerwobólach.

Prof. dr. WILHELM BAETZNER, Chirurgiczna poliklinika Uniwersytetu w Berlinie.

LECZENIE RZEŻĄCZKOWEGO ZAPALENIA STAWÓW.

(Referat według Med. Welt 1930, Nr. 8.).

W każdym okresie rzeżączki gonokoki mogą na drodze krwionośnej przeniknąć do stawów; zdarza się często, że dopiero po wielu latach uszkodzenie pierwotnego ogniska narzędziem leczniczem lub też wskutek przemęczenia fizycznego lub urazu bywa powodem zajęcia stawu. U kobiet znaczną rolę odgrywa przytem miesiączkowanie, ciąża i poród. Bolesność stawu występuje w sposób nadzwyczaj nagły. Bóle są prawie że nie do zniesienia. Bardzo szybko dochodzi do zesztywnienia, trudnego do leczenia. Należy natychmiast rozpocząć leczenie metodą zastoinową według *Biera.* *) Właściwy stopień zastoiny ma bardzo duże znaczenie dla wyniku

---

*) Powyżej zajętego stawu, przy stawach ręki i łokciowym na ramieniu, przy stawach stopy i kolanowym na udzie zakłada się cienki bandaż gumowy szerokości 6 cm, owijając go kilkakrotnie w ten sposób, aby brzegi nie pokrywały się wzajemnie, lecz aby obejmował większą część kończyny (pod bandaż gumowy można ewent. podłożyć flanelowy). Bandaż utrwalamy następnie agrafkami lub odpowiednim spinaczem. Przy zajęciu kręgów szyjnych lub stawu szczęki dolnej stosuje się zastój na głowie. Wykonywa się go zapomocą opaski bawełniano-gumowej (podwiązki), szerokości 2 — 3 cm, zaopatrzonej z jednej strony w pętelkę, a z drugiej w haczyk. Z obu stron na szyi, na stronie wewnętrznej mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego, nakłada się na żyłę szyjną i dla ochrony krtani kawałek filcu szerokości mniej więcej wielkiego palca. Zastój należy utrzymywać w ciągu 22 godzin na dobę. Opaskę zdejmuje się zaledwie na 1 — 2 godziny dla umożliwienia odpływu obrzęku zastoinowego. Kończyny umieszcza się wysoko; obrzęk można również rozetrzeć mechanicznie.

leczniczego. Żyły powinny być mocno nabrzmiałe, kończyna z zastoiną gorąca i mocno czerwona.

Zastój powoduje prawie natychmiastowe złagodzenie bólu, umożliwiające ruchy czynne. Nawet w przypadkach zaniedbanych, zastarzałych rzeżączkowych zapaleń stawów, leczenie zastoinowe może do pewnego stopnia pomóc choremu i ochronić przed zupełnem zesztywnieniem. Osiągnięcie gorącego zastoju okazuje się tu jednak trudniejsze i lepiej zastąpić opaskę gumową Bierowską komorą z gorącem powietrzem, przy pomocy której osiąga się suche gorąco około 100 — 150°. Leczenie następcze polega na kąpielach, gorącem powietrzu, diatermji, ruchach biernych i czynnych i ćwiczeniach gimnastycznych.

Bardzo pomyślne wyniki osiąga się również zapomocą zaproponowanych przez *Klappa* okołostawowych wstrzykiwań Novocainy z Rivanolem. Dokoła zajętego stawu wstrzykuje się, wychodząc z kilku miejsc, 30 — 40 cm³ ½%-owego roztworu Novocainy (z Suprareniną). Do wnętrza stawu przenikać przytem nie należy. Następnie wstrzykuje się do tych samych tkanek 10 — 30 cm³ 1‰-owego roztworu Rivanolu. Rezultaty tego sposobu leczenia są zazwyczaj bardzo dobre. Bolesność stawów i utrudnienie ruchów ustępują częstokroć już po 24 godzinach. Leczenia wstrzykiwaniami okołostawowemi należy wypróbować nawet w przypadkach zastarzałych i zaniedbanych zapaleń stawów. Trzeba je przeważnie powtarzać kilka razy, podczas gdy w przypadkach ostrych wystarcza często obstrzyknięcie jednorazowe.

Również i leczenie gorączką, względnie terapja bodźcowa (między innemi Omnadina, preparaty terpentynowe, związki białkowe i t. d.), dają dobre wyniki. *Richter* stosował na poliklinice również i własną ropę chorych. Dla leczenia uodporniającego stosuje szczepionkę gonokokową I. G. Farbenidustrie i Behringwerke. Skutecznem okazuje się również i leczenie promieniami Rentgena (30 — 40 j. s.). Zagipsowanie i unieruchomienie sprzyja skłonności do zesztywnienia i dlatego uważa się je obecnie za przeciwwskazane.

Prof. dr. W. FALTA.

JAKIE ISTNIEJĄ DIETETYCZNE SPOSOBY ODTŁUSZCZANIA?

(Referat według W. kl. Wo. 1930, Nr. 15.).

Zasadą podstawową każdej kuracji odtłuszczającej powinno być dążenie do usunięcia nadmiaru tłuszczu, względnie wody, bez naruszenia białkowego stanu posiadania. Jako punkt wyjścia kuracji odtłuszczającej należy wziąć wagę prawidłową. Według *Falty* waga prawidłowa wynosi

tyleż kg ile centymetrów wzrostu mierzy pacjent ponad 100, czyli że dla człowieka wysokości 160 cm, waga prawidłowa powinna wynosić 60 kg. Wobec tego że na kg wagi prawidłowej oblicza się około 40 kaloryj, więc człowiek wagi 60 kg potrzebuje dla zachowania równowagi 2,400 kaloryj. Na tem opiera się sposób zmniejszania wagi przy jej nadmiarze. Według *Noordena* ilość kaloryj przy kuracji odtłuszczającej pierwszego stopnia należy zmniejszyć do 2,000, przy drugim stopniu do 1,500 i przy trzecim stopniu do 1,000. Potrzebę białka należy przytem pokrywać całkowicie: 1½ g białka na 1 kg, czyli 90 g. Pośród kaloryj niebiałkowych powinny według poglądów większości badaczy przeważać węglowodany. Przy wadze ciała 60 kg kuracja odtłuszczająca trzeciego stopnia przebiegałaby w sposób następujący:

360 kaloryj białkowych (90×4), następnie 400 kaloryj węglowodanowych (100 g kartofli = około 100 kaloryj, 60 g razowego chleba = 100 kaloryj i 400 g owoców = 200 kaloryj) i 200 kaloryj tłuszczowych (= około 25 g masła). 90 g białka zawarte są w 200 g chudego mięsa, jednem jajku, około 800 g zielonych jarzyn i w wyżej wymienionem obfitującem w węglowodany pożywieniu.

Potrzebę przewagi kaloryj węglowodanowych nad tłuszczem tłumaczy się większą ich objętością i większem dzięki temu nasyceniem. Poza tem węglowodany lepiej oszczędzają białko niż tłuszcz. Przy kuracji odtłuszczającej drugiego i pierwszego stopnia należy zawartość białka powyższej diety pozostawić bez zmiany, dać natomiast odpowiednio więcej węglowodanów i tłuszczu. Przy kuracji odtłuszczającej drugiego stopnia należy dodać jeszcze 600, a przy diecie odtłuszczającej pierwszego stopnia jeszcze około 1000 kaloryj (węglowodany i tłuszcze w przybliżonym stosunku 2:1).

Wybór kuracji odtłuszczającej zależy od szybkości, z jaką pragniemy osiągnąć wynik, następnie od tego, czy podczas kuracji pacjent wykonywa pracę mięśniową, zwiększającą spalanie, i wreszcie od stanu pacjenta. Przy chorobach serca lub nadciśnieniu radykalna kuracja odtłuszczająca nie jest wskazana. Lecz również i w przypadkach, w których jest ona możliwa, nie należy jej przeprowadzać zbyt gorliwie, lecz dążyć do odchudzenia etapami. *Falta* proponuje, aby w ciągu pierwszych 4 — 6 tygodni zmniejszyć wagę o 10 — 15 kg, następnie powiększyć pożywienie, aby pacjent przez 2 — 3 miesięcy utrzymywał się na jednakowym poziomie i dopiero następnie powrócić do dalszej kuracji odtłuszczającej.

Bardzo ważnem jest uwzględnienie gospodarki wodnej: dużą zawartość wody w tkankach najlepiej można ocenić według działania wstrzykniętego Salyrganu. Chorzy tracą często w ciągu 24 godzin 2 — 3 litrów wody. Nienormalną zawartość wody w tkankach można stwierdzić również zapomocą próby wodnej *Volharda:* po wypiciu wody następuje wydzielanie moczu znacznie przewyższające wypitą ilość. Po stwierdzeniu dużego zatrzymania wody można skuteczność zabiegów dietetycznych wzmocnić wstrzyki-

waniami Salyrganu (co 2 — 3 dni), solnemi środkami czyszczącemi lub dietą małosolną. W przypadkach takich osiąga się bez żadnej szkody w krótkim czasie znaczną utratę wagi.

W przypadkach otłuszczenia konstytucjonalnego wyżej wymienione zabiegi często okazują się jednak bezskuteczne. Udaje się wówczas obniżyć wagę przez zupełne odstawienie węglowodanów przy zwiększonej jeszcze ilości białka, prawdopodobnie dlatego, że zwiększona zawartość białka pobudza gruczoł tarczowy, natomiast odjęcie węglowodanów zmniejsza wytwarzanie insuliny. Jeżeli wreszcie i te zabiegi dietetyczne zawiodą, wówczas można spróbować leczenia tarczycą. Jednocześnie należy ograniczyć dowóz kaloryj. Leczenie preparatami tarczycy przy dowolnie obranej diecie pozostaje prawie zawsze bez skutku, gdyż pomimo zwiększenia podstawowej przemiany materji o 30 — 45% utrata zostaje wyrównana przez zwiększenie pożywienia. Czasami jednak, chociaż bardzo rzadko, spostrzega się dobre wyniki leczenia tarczycą nawet przy obfitem pożywieniu; ma to np. miejsce przy utajonej postaci obrzęku śluzakowatego.

Preparaty przysadkowe nie okazują według dotychczasowych spostrzeżeń żadnego wyraźniejszego działania. Preparaty gruczołów płciowych powinny natomiast działać pomyślnie, gdyż niedomoga tych gruczołów prowadzi do otyłości. Dotychczas jednak należało na wyniki otrzymywane jakoby przy pomocy preparatów gruczołów płciowych zapatrywać się sceptycznie. Obecnie, gdy umiemy już otrzymywać hormony płciowe w czystej postaci, sprawa powinna się rozstrzygnąć ostatecznie. Co do t. zw. wielogruczołowych środków odtłuszczających, *Falta* jest zdania, że działają one jedynie dzięki zawartości tyreoidyny.

Prof. dr. A. ZIMMERMANN. Klinika Uniwersytecka chorób uszu, nosa i gardła w Kilonji.

SZUM W USZACH I JEGO LECZENIE.

(Referat według Fortschritte der Therapie 1930, zeszyt 8.).

Za szumy podmiotowe uważa się według *Jakobsona* wszelkie wrażenia słuchowe powstające nie wskutek czynności przedmiotowego, znajdującego się poza ustrojem, źródła dźwięku. W znacznej większości przypadków szmery podmiotowe są objawem towarzyszącym, dającej się klinicznie stwierdzić, organicznej choroby narządu słuchowego. Sprawy zrostowe, otoskleroza i ostre zapalenia ucha środkowego przebiegają często z uczuciem szumu w uszach. W zewnętrznym przewodzie słuchowym mogą powodować wrażenie szmerów woszczek i koreczki z naskórka, następnie ciała obce i organiczne sprawy zapalne (czyraki). Według statystyki *Bezolda*, opartej na 12,000 chorych, w przypadkach szumu w uszach nie daje się wykryć oznak choroby uszu jedynie u 2,6% pacjentów. W po-

szczególnych przypadkach stwierdza się natomiast choroby serca i naczyń krwionośnych, miażdżycę i zatrucia środkami leczniczemi lub jadami używek. Również i nieprawidłowe szmery naczyniowe przy tętniakach i wadach serca i udzielone szmery żylne mogą wywoływać szum w uszach. Często stwierdza się nerwowy szum w uszach u osobników umysłowo przepracowanych, neurasteników lub z wrażliwym układem współczulnym. Wrażenia słuchowe mogą osiągać natężenie bardzo różnego stopnia; mogą one być tak silne, że zagłuszają nawet bardzo donośne dźwięki świata zewnętrznego.

Dla leczenia szumu podmiotowego w uszach należy zawsze ułożyć indywidualny plan leczenia. Wywiady i badanie powinny przedewszystkiem wykryć etjologję (otoskleroza, kiła, chinina, kwas salicylowy, alkohol, tytoń); woszczek lub niedrożność trąbek należy usunąć, zapalenie ucha środkowego wyleczyć. W przypadkach tych szum w uszach jest całkowicie wyleczalny. W innych przypadkach, zwłaszcza gdy nie jesteśmy w stanie wykryć przyczyny szumu w uszach, należy leczyć objawowo. Miejscowo stosuje się masaż powietrzny błony bębenkowej, zwłaszcza przy tak zwanych przewlekłych sprawach zrostowych. Również i przy otosklerozie masaż sprawia przemijającą ulgę. Należy go jednak wykonywać bardzo ostrożnie, gdyż może się zdarzyć, że zamiast zmniejszenia dolegliwości jeszcze je zwiększymy. Inni autorzy stosują zamiast masażu powietrznego leczenie wibracyjne sondą uciskową *Lucae*. Badacze amerykańscy zalecają oddziaływać na ucho takiemi tonami, które swemi cechami możliwie odpowiadają własnym szmerom, lecz co do natężenia przewyższają je i zagłuszają. Prąd galwaniczny okazuje czasem pomyślny wpływ. Należy stosować możliwie stały prąd anodowy i unikać uderzeń prądu i przerywań.

Anodę umieszcza się wprost przed skrawkiem, katodę zaś na karku lub na przeciwległej ręce. Duże znaczenie ma powolne, ostrożne włączanie i wyłączanie. Za właściwy uważa się prąd o natężeniu od 2 do 5 milliamperów na 1 — 3 — 5 (15!) minut, mniej więcej 3 razy tygodniowo. Leczenie według *Meurersa* składało się z 22 posiedzeń. Przy szmerach obustronnych jako anodę stosuje się podwójną elektrodę w kształcie widelca.

Albrecht zaleca naświetlanie radem. Przy przewlekłem zapaleniu ucha środkowego stosuje się również promienie Rentgena lub lampy: Sollux, kwarcową i łukową, diatermię, prądy często zmienne i t. d. Próbowano również i nakłucia lędźwiowego lub zbiornika, gdyż uważano, że powodem podmiotowych wrażeń słuchowych może być wzmożone ciśnienie wśródczaszkowe. Wyniki okazywały się jednak bardzo wątpliwe. Dokonywano również i operacyjnego wykluczenia nerwu współczulnego, gdy przypuszczano, że czynnikiem wywołującym mogą być miejscowe skurcze naczyniowe. W rozpaczliwych przypadkach otwierano nawet błędnik, niszczono ślimak młotkiem i dłutkiem lub wstrzykiwaniem alkoholu i chlorku cynku, ewent. przecinano nerwy słuchowe. Lecz nawet po tych zabiegach wynik okazywał się bardzo nikły. Nierzadkie były również i przypadki zejścia

śmiertelnego po operacji. Z pośród leków stosuje się najróżnorodniejsze przetwory bromowe. Przy otosklerozie próbowano Otosklerolu (brom, fosfor, Cimifugin). Gdy brom zawodził, podawano również i chininę w małych dawkach po 0,01 g 2 — 3 razy dziennie. Przy podejrzeniu na kiłę lub połączeniu szumu w uszach z zawrotami głowy podaje się oprócz bromu, jod. Strychnina rozszerza naczynia mózgowe i okazuje w niektórych przypadkach wpływ pomyślny. Rozpoczyna się od 1 mg dziennie i zwiększa dawkę codziennie o 1 mg aż do 6 mg, poczem dawkę znów się zmniejsza. Zawsze jednak należy zwracać baczną uwagę na objawy zatrucia. Przy skurczowej nerwicy naczynioruchowej pomagają często kofeina i Theobromina, którą podaje się w ciągu wielu tygodni 3 — 5 razy dziennie po 0,5 g w połączeniu z Pyramidonem, Antipyriną, Phenacetiną i t. d. Działanie Theobrominy na stan naczyń można wzmocnić przez dodanie Luminalu, podając go w postaci małych Luminaletek. Czasami dobre usługi oddaje następujący przepis: Pyramidoni 0,1, Coffeini 0,1 i Papaverini 0,04 g, następnie również azotyn amylu i atropina. Przy zaburzeniach miażdżycowych wchodziłby w rachubę jod, ewent. w połączeniu z Theobrominą. Skuteczność kwaśnego winianu papaweryny bywa oceniana w sposób bardzo różny. Czasami pomagają również i preparaty naparstnicy lub Tinctura Strophanti. U osób niedokrwistych i blednicowych podaje się żelazo i arsen, u osób zaś pełnokrwistych ze szmerami tętniącemi, należy zastosować ścisłą dietę, ruchy i wody czyszczące.

Nieraz wpływ pomyślny okazują kąpiele i leczenie lawatywami. W związku z leczeniem kąpielowem podaje się preparat walerjanowy (Valyl i t. p.). Przy ogólnej łatwej pobudliwości najlepiej działają półgodzinne letnie kąpiele (31 — 34°), zwłaszcza bezpośrednio przed snem. Zalecają również kąpiele nożne lub mokre owijania kończyn dolnych przed udaniem się na spoczynek, przeciwwskazane są natomiast kąpiele solne, zimne i hydropatja zimna. Z tego względu miejscowości nadmorskie nie są odpowiednie dla przeprowadzania kuracji, lecz chorych należy raczej posyłać do wysoko położonych, ukrytych przed wiatrami uzdrowisk alpejskich, ewent. do miejscowości podgórskich lub do kąpieli naturalnych (Baden - Baden, Wildbad, Badenweiler, Gastein) lub do cieplic solankowych. Kawę i herbatę, kakao, tytoń i alkohol należy ograniczyć lub zakazać zupełnie. Zdarza się jednak również, że właśnie szklanka piwa wypita przed snem sprawia znaczną ulgę. W przypadkach, w których dźwięki zewnętrzne pogarszają odczuwanie szmerów podmiotowych, wystarcza często akustyczny spokój i odosobnienie chorego, pobyt w spokojnych miejscowościach, ochraniacz ucha, ewent. w razie potrzeby zaniechanie pracy zawodowej. W innych znowu przypadkach, w których chorzy nie mogą zasnąć z powodu szmerów podmiotowych, głośno chodzący zegar (budzik) okazuje czasem wpływ usypiający. Zupełnie proste sposoby lecznicze prowadzą często prędzej do celu niż skomplikowane zabiegi terapeutyczne.

Dr. HANS HAUSTEIN, kierownik sekcji historycznej wydziału genetycznego Zakładu im. cesarza Wilhelma dla badań mózgu. (Dyrektor: prof. OSKAR VOGT).

NOWE PRZYCZYNKI DO ŚREDNIOWIECZNEJ HISTORJI KIŁY.

Kliniczny obraz kiły zmienił się bardzo znacznie w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Lekarze młodszego pokolenia nie znają prawie wcale tych licznych objawów wtórnych, które występowały niemal stale przy wczesnych okresach kiły za czasów leczenia wyłącznie rtęciowego; nawroty te występowały nawet pod koniec przeprowadzanej właśnie kuracji. Tę pomyślną zmianę zasadniczej postaci i przebiegu kiły zawdzięczamy w znacznym stopniu wykrytemu przed 20 laty Salvarsanowi. Przeprowadzane obecnie powszechnie, przewlekłe, okresowe, kombinowane leczenie kiły bizmutem i Salvarsanem nie dopuszcza prawie nigdy, zwłaszcza gdy leczenie rozpoczęto dostatecznie wcześnie, do wystąpienia zewnętrznych objawów kiły, czyli że ma ono jednocześnie bardzo duże znaczenie dla profilaktyki higjeniczno - społecznej. Pomimo, że się nadzieje na Therapia sterilisans magna nie spełniły — znakomite lecznicze działanie Salvarsanu sprawiło, że zwalczanie kiły postępuje naprzód szybkim krokiem.

W przeciwieństwie do naszej dzisiejszej, małoobjawowej, dzięki zabiegom leczniczym, kiły, choroba ta na przełomie wieku 15-ego cechowała się ciężkiemi, wrzodziejącemi objawami skórnemi, które obecnie spotykamy jedynie wyjątkowo, jako t. zw. kiłę złośliwą. Przekonywującym dowodem ciężkości objawów zewnętrznych ówczesnej kiły są ryciny przytaczane w graficznych i drukarskich dziełach, będących pierwszemi w piśmiennictwie pracami o kile. Opublikowanie tych starych rycin jest zasługą *Karola Sudhoffa* (1912, Monachjum, Kuhn). Tegoż samego dowodzą również i pierwsze przepisy dla zwalczania zarazy. Tak np. rozporządzenie parlamentu z dnia 6 marca 1497 r. w Paryżu wydane dla ochrony przed dopływem nowych chorych, nakazywało dozór przy bramach i niewpuszczanie chorych do miasta. Rozporządzenie to dowodzi, że chorzy musieli się naogół wyróżniać ciężkiemi i rzucającemi się w oczy objawami na widocznych częściach ciała, gdyż w przeciwnym razie nie byłoby ono możliwe do przeprowadzenia.

To rozporządzenie parlamentu z dnia 6 marca 1497 r. jest najstarszym paryskim przepisem w sprawie zwalczania kiły.

Inny dokument uznawany niesłusznie jako ordonance royale i któremu *Pastoret* błędnie przypisuje datę 25 czerwca 1493 roku, jest w istocie, jak to wykazałem na podstawie materjału oryginalnego w Archives nationales Paris, rozporządzeniem policyjnem, noszącem datę 25 czerwca 1498 r.

Powyższe rozporządzenie policyjne było logicznym wynikiem postanowienia parlamentu z r. 1497. Syfilitycy, którzy po wyleczeniu zewnętrznych objawów przedostali się jednak do Paryża i syfilitycy wypisani jako wyleczeni z St. Germain des Près, gdzie ich izolowano jako szerzycieli zarazy, uzyskiwali przecież znowu możność swobodnego poruszania się po mieście. Otóż syfilitycy ci wskutek nawrotu choroby zwracali na siebie uwagę władz, które podejrzewały ich, że pomimo zewnętrznych widocznych objawów chorobowych, udało im się jednak przedostać do miasta.

Jest wobec tego rzeczą zrozumiałą, że rozporządzenie policyjne z dnia 25 czerwca 1498 r. obostrzyło postanowienia parlamentu, wydalając wszystkich syfilityków z Paryża i przedmieść i grożąc opornym surowemi karami.

Dowiedziony przeze mnie fakt, że znajdujący się w Archives nationales w Paryżu pozorny ordonance royale z r. 1493 (według obecnego liczenia czasu z r. 1494) jest w rzeczywistości rozporządzeniem policyjnem wydanem dopiero 25 czerwca 1498 r., ma z tego względu tak wielkie znaczenie w historji medycyny, albowiem przeczy on w sposób stanowczy poglądowi, że chorzy kiłowi znajdowali się w Paryżu jeszcze przed pochodem

Karola VIII na Neapol. Ani w Paryżu ani w żadnem innem francuskiem mieście niema jakichkolwiek danych archiwalnych, któreby wskazywały na częste występowanie kiły lub jej zwalczanie we Francji przed rokiem 1496. Powyższy materjał dowodowy z francuskich archiwów wykazuje, zgodnie zresztą z danemi archiwów szwajcarskich, że rozpowszechnienie się kiły pod koniec 15-ego wieku, należy uważać za skutek wojen i że źródłem zarazy byli żołnierze powracający z pochodu Karola VIII na Neapol.

Tak np. w Manosque uzależniano pojawienie się kiły bezpośrednio od przybycia tam żołnierzy Karola VIII; w licznych francuskich dokumentach napotyka się często na określenie kiły jako „la grosse verolle de Naples".

W dokumentach szwajcarskich znajdujemy potwierdzenie omawianej zależności w sprawozdaniu z posiedzenia Rady Związkowej w dniu 17 maja 1496 w Schwyz, czyli w historycznie miarodajnym dokumencie państwowym.

Okoliczność, że właśnie w Schwyz zajmowano się po raz pierwszy sprawą zawleczenia kiły w Szwajcarji, staje się zrozumiałą, gdy się uwzględni, że znaczna ilość żołnierzy Karola VIII pochodziła ze Schwyz.

Odnośnie do Niemiec głównym argumentem przeciwko uznaniu poglądu, że również i tam kiła rozpowszechniła się dopiero wskutek pochodów wojennych Karola VIII, był mandat króla Maksymiljana o bluźniercach, który wspomina o kile, jako o nowej pladze boskiej. Mandat wydrukowany w Kolonji u Hermana Bungarta nosi datę 7 sierpnia 1495 r. i tą właśnie datą oznacza się powstanie edyktu o bluźniercach we wszystkich drukowanych aktach państwowych uchwał z Worms, ogłaszanych od 1500 r.

Na uwagę zasługuje jednak, że współczesny druk uchwał z Worms nie zawiera mandatu o bluźniercach. Te, zachowane jeszcze tylko w 6 egzemplarzach, inkunabuły ukazały się w r. 1495 u Michała Furtera w Bazylei.

Otóż zachowane jeszcze akta sprawozdań pierwszego Zjazdu w Worms w r. 1495 wykazują, że na posiedzeniach tych wogóle nie było mowy o okólniku dotyczącym bluźnierców. Zupełnie przeto nie da się utrzymać pogląd, że „pierwszem zarządzeniem panującego był wydany 7 sierpnia 1495 r. surowy, pełen gróźb ukaz przeciw bluźniercom, który heroldowie rozpowszechniali w całym kraju."

Rzeczywisty stan rzeczy, jak mi się udało wykazać, był taki, że na zebraniu stanów Rzeszy Niemieckiej w dniu 27 czerwca 1495 roku, kanclerz państwa, arcybiskup Berthold Henneberg z Moguncji, jako mówca stanowy, przedstawił projekt ogłoszenia prawnych postanowień, dotyczących bluźnierców, złotych monet oraz, między innemi, przygotowania wina. Zgodnie z tem rozporządzeniem parlamentu, aprobowanem 12 sierpnia 1495 przez króla Maksymiljana i przedstawicieli stanów, postanowiono oddać sprawę opracowania mandatu o bluźniercach następnemu parlamentowi.

Na posiedzenie parlamentu, które się miało odbyć w r. 1496 w Frankfurcie nad Menem, przybyli tak nieliczni przedstawiciele stanów, że król Maksymiljan był zmuszony odroczyć sesję do 2 sierpnia 1496, wyznaczając jako miejsce obrad Lindau.

Na sesji parlamentu w Lindau, która trwała do 10 lutego 1497, istotnie naradzano się nad mandatem o bluźniercach, opracowano go i przygotowano do ogłoszenia. Narady, które doprowadziły do ostatecznego opublikowania mandatu, odbywały się w powiększonej komisji parlamentu. 3 listopada 1496 powyższe gremium ustaliło tekst edyktu, a 12 stycznia 1497, przy drugiem czytaniu mandatu dołączono ustęp o złej ospie: o kile. Z pośród ławników miejskich należy przedewszystkiem wymienić burmistrza strassburskiego Hansa Wilhelma von Rotwil, który pod wpływem energicznego Johana Geilera von Kayserberga, słynnego kaznodziei z Münster, wybudował w swojem mieście wielkie zakłady dla leczenia kiły i zapobiegania jej.

Pierwsze czytanie mandatu o bluźniercach na plenum parlamentu odbyło się 30 stycznia 1497, drugie zaś i ostatnie czytanie 1 lutego. W dniu tym za zgodą Rady Królewskiej w imieniu króla Maksymiljana przyjęto mandat ostatecznie.

Na zarządzenie kanclerza państwa 1 lutego po południu kancelarja państwowa przygotowała mandat, którego odpis przesłano do wydrukowania do Hermana Bungarta w Kolonji. Jeszcze w ciągu lutego 1497 kancelarja państwowa rozpoczęła rozsyłanie wydrukowanych mandatów, których wierzytelność poświadczał sekretarz królewski Sixtus Olhafen, autor oryginalnego tekstu mandatu.

Antydatowanie mandatu o bluźniercach, który został ostatecznie przyjęty 1 lutego 1497, przez przypisanie mu daty roku 1495, znajduje swe wyjaśnienie w tem, że idea ogłoszenia prawnopaństwowego edyktu przeciw bluźniercom powstała na pierwszym zjeździe parlamentu w Worms. Datę zaś 7 sierpnia 1495 r. wybrano dlatego, że w dniu tym miały miejsce najwybitniejsze zdarzenia ówczesnej historji: podpisanie wiecznego pokoju krajowego i zatwierdzenie sądu najwyższego.

Ścisłe ustalenie daty mandatu o bluźniercach ma z tego względu tak duże znaczenie w historji medycyny, gdyż ukazuje nam najstarszą historję kiły w Niemczech w nowem świetle.

Nie mandat królewski, jak dotychczas wślad za *Karolem Sudhoffem* uważali wszyscy badacze, zwrócił w Niemczech powszechną uwagę na kiłę i przyczynił się prawie wszędzie do wydania po r. 1496 licznych zarządzeń zapobiegawczych, lecz doświadczenie miast, dotyczące nowej choroby, skłoniło ich przedstawicieli do umieszczenia w mandacie słynnego ustępu o kile.

Wyjaśnienie więc historji powstania mandatu o bluźniercach usunęło tak trudne do przezwyciężenia sprzeczności przeciwko uznaniu zasady, że kiłę rozpowszechniły wojska Karola VIII. Datę mandatu należy uważać, podobnie jak datę omówionej wyżej ordonance royale z r. 1493 za historycznie fałszywą. Istnieje jednak jeszcze jeden dokument, który odegrał dużą rolę w poznaniu historji kiły w Europie i który autor również poddał krytycznym badaniom i wyjaśnił jego znaczenie w historji medycyny. Dokumentem tym jest słynny protokuł przesłuchania z Dijon, który stale przytaczano jako główny dowód istnienia kiły w Europie przed r. 1463.

W r. 1868 *Charles Victor Daremberg*, profesor historji medycyny i chirurgji w Paryżu, podał w Union med. Nr. 116 krótkie streszczenie dwóch istniejących protokułów z 25 i 28 czerwca 1463 r. Na podstawie tej publikacji, która ominęła kilka ważnych punktów, dających się zrozumieć jedynie na podstawie całokształtu tekstu obu protokułów, *Daremberg* sądził, że wykazał pewny przypadek kiły. Opierając się na jego autorytecie, *F. Buret* uważał, że określenie choroby „gros mal" oznacza kiłę i powołując się wyłącznie na wspomnianą pracę *Daremberga*, przypisywał błędnie średniowiecznemu „gros mal" znaczenie kiły. Pracy swej, która miała dowieść istnienia kiły w Europie przed powrotem Kolumba, *Buret* dał nawet tytuł: „Le Gros Mal du Moyen-Age et la Syphilis actuelle".

Autor był pierwszym, który in extenso przytoczył tekst protokułów. Otóż okazuje się, że z tekstu tego wcale nie wynika, aby przytoczona przez *Daremberga* charakterystyka „gros mal" miała cechy zakaźnej choroby, zmuszającej kochanka do ucieczki. Nie znajdujemy ani słowa o tem, że sprawa dotyczy choroby zakaźnej, ani też o tem, jakoby Jacote nabawiła się choroby w domu publicznym przy „wykonywaniu swego zawodu". Raczej wprost przeciwnie, stręczycielka Symonne, która już raz leczyła gościa z powodu jakiejś choroby, po zbadaniu dziewczyny stanowczo zapewnia gościa, informującego się o zdrowie kochanki, że jest zdrowa.

Kochankowi nie przychodziło nawet na myśl uciec natychmiast od dziewczyny dotkniętej „gros mal"; zatrzymał on ją u siebie w łóżku aż do następnego ranka i zaproponował jej nawet, aby pozostała u niego jeszcze kilka dni, obiecując jej za to ubranie tytułem wynagrodzenia.

Cała więc powyższa historja wyklucza, aby „gros mal" mogła przedstawiać udzielającą się chorobę weneryczną.

Autor zajął się wobec tego zbadaniem, co mogło oznaczać w średniowieczu określenie „gros mal" i wychodząc z pojęcia „morbus grossus" wykazał w sposób niewątpliwy,

że oznaczało ono epilepsję; gros mal przedstawiało jedną z licznie wówczas używanych nazw dla określenia padaczki. Padaczkę oprócz gros mal nazywano ponadto: grosse maladie, grant maladie, grant mal, le mal de St. Jehan, le mal des saints, mal caduque, mal saint Leu, mal saint Valentin, le beau mal, le bon mal. Wiadomo więc, że chorobę tę nazywano różnemi synonimami.

Francusko-angielski słownik Cotgrave z r. 1611 tłumaczy gros mal jako: the falling sicknesse, or foule evill, czyli „padaczkę".

Najlepszy znawca dialektu romańskiego, Walter Wartburg, profesor romanistyki na Uniwersytecie lipskim, po dokładnem zapoznaniu się z tekstem z Dijon, uznał zupełną słuszność mojej interpretacji gros mal jako padaczki, uzasadniając ją w sposób następujący:

„Pańskie tłumaczenie „gros mal" wydaje mi się jedynie właściwem. Gros należy tu rozumieć w znaczeniu „duża" a nie „gruba", które to określenie w dawnym języku francuskim było bardzo częste, a nawet i obecnie nie zginęło jeszcze zupełnie. Np. une grosse fièvre — duża gorączka. W gwarze ludowej to określenie gros — duża, utrzymuje się nadal w wielu dialektach, o których poniżej jeszcze wspomnę".

Otóż kiły nigdy nie nazywano we Francji „wielką chorobą" i to nawet w żadnem narzeczu; nazywano tak natomiast padaczkę, która jeszcze dzisiaj w Périgord nazywa się le grand mal. Nazywają padaczkę gros mal w Berry (grous mal); Savoie (grou ma); Die, dep. Drôme (groumau); w Blouay, kanton Waadt (gromo).

Jest to wszędzie dokładny odpowiednik francuskiego gros mal i znaczenie tego określenia nie ulega wątpliwości: oznacza ono zawsze padaczkę, „mal caduc".

Powyższe argumenty profesora Wartburga stwierdzające, że nawet jeszcze dzisiaj w niektórych narzeczach francuskich utrzymuje się nadal stara nazwa padaczki „gros mal", są najbardziej przekonywującym dowodem słuszności naszej interpretacji.

Stwierdzenie to wyjaśnia nam ponadto zachowanie się zarówno dziewczyny jak i kochanka. Dziewczyna, szukając pretekstu, aby odepchnąć od siebie przykrego i gwałtownego mężczyznę, pragnie wymyśleć coś takiego, co by go odstraszyło i postanawia udawać chorobę, której się wszyscy obawiali — padaczkę, świętą chorobę. Podstęp powiódł się, gdyż kochanek przerażony chorobą, opuszcza ją. Należy przytem zwrócić uwagę jeszcze na szczegół, że kochanek nie obawiał się bezpośredniej możliwości zarażenia się, gdyż nie wyrzucił dziewczyny ze swego łóżka, co uczyniłby bezwątpienia przy chorobie udzielającej się.

W związku z tem zaznaczę, że istnieją pochodzące z średniowiecza dane, dowodzące, że wierzono wówczas w zaraźliwość padaczki. Wiara ta nie przedstawiała zresztą nic dziwnego, jeżeli się uwzględni, że oddzielenie padaczki właściwej od histerycznych stanów padaczkowych, jest dopiero wynikiem nowszych badań. Powszechnie wiadomo, że histeryczne napady mogą występować u osób usposobionych pod postacią zbliżoną do prawdziwej padaczki. W każdym razie występowanie tego rodzaju psychicznych „zakażeń" może być powodem, że stare, dotyczące padaczki dokumenty, tłumaczy się błędnie, jako omawiające kiłę, jedynie na podstawie wspomnianego w nich udzielania się choroby.

Powyższe nowe wyniki badań z dziedziny historji medycyny, których archiwalne szczegóły czytelnik może znaleźć w mej pracy „Najdawniejsza historja kiły 1495 — 1498", ogłoszonej w „Archiv für Dermatologie und Syphilis" (Historyczno-krytyczne badania na podstawie aktów archiwalnych i dokumentów państwowych), wymagają obecnie wyjaśnienia historji kiły przed rokiem 1495; cenny pod tym względem materjał mogą dać przedewszystkiem hiszpańskie i portugalskie akta archiwalne. Dopiero po dokonaniu tych prac przygotowawczych można będzie przystąpić do ścisłego zbadania i ewent. ostatecznego rozstrzygnięcia pytania, kiedy i w jaki sposób pojawiła się kiła w Europie. Będzie to jednak możliwe dopiero po wyjaśnieniu istniejących sprzecznych poglądów, utrudniających poznanie historycznej prawdy.

H. BRONNER i J. SCHÜLLER. Klinika chirurgiczna uniwersytetu w Kolonji.

O PYELOGRAFJI ZAPOMOCĄ ABRODILU.

Dtsch. med. Wochenschr. 1930, Nr. 33, 1393.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy *B.* i *Sch.* wykonali 100 dożylnych pyelografji zapomocą preparatu jodowego Abrodil. Wyniki okazały się całkowicie zadowalające. Roztwory Abrodilu są trwałe i nadają się do wyjaławiania. Początkowo *B.* i *Sch.* wstrzykiwali dożylnie do 40 g Abrodilu w 20 — 30%-owym roztworze. Otóż nawet tak znaczne ilości powodowały jedynie w pojedyńczych przypadkach lekkie dolegliwości jak uderzenia krwi do głowy, uczucie gorąca, niewielkie drżenie i uczucie pragnienia. Od czasu gdy autorzy wstrzykują dożylnie najwyżej 20 g, objawy uboczne nie występują już wcale. Przy stosowaniu 20 — 30%-owych roztworów Abrodilu, obawa uszkodzenia żyły nie wchodzi w rachubę. Nawet gdy niewielkie ilości Abrodilu przenikną poza żyłę, powodują jedynie około 10 minut trwające uczucie palącego bólu, lecz nie wywołują natomiast nigdy żadnych poważniejszych objawów. Na nerki zdrowe Abrodil żadnego szkodliwego wpływu nie wywiera. Staranne badanie moczu w ciągu 2 — 3 dni po wstrzyknięciu nie wykazywało obecności ani białka, ani wałeczków. Czasami znajdywano jedynie pojedyńcze czerwone ciałka krwi, które mogły jednak również pochodzić od uszkodzenia cewnikowaniem. Również i w doświadczeniach na zwierzętach stwierdzano dopiero pod wpływem dużych stężeń nieznaczne, odwracalne zmiany w kanalikach nerkowych. Jedynem przeciwwskazaniem są ciężkie zmiany niedomogowe nerek. Ze względu na dobrą tolerancję, można dokonywać wstrzykiwania Abrodilu również i w praktyce ambulatoryjnej. Dla określenia szczytu wydalania Abrodilu określano zawartość jodu w poszczególnych porcjach wydzielanego moczu. Przy wstrzyknięciu 40 g Abrodilu wydalanie trwało 3½ — 4 godzin, przy 20 g — ½ — 1 godziny. Najlepszy obraz osiągano w 15 — 40 minut po wstrzyknięciu. Dawka wzorcowa wynosi 20 g Abrodilu. Dla pyelografji wstecznej (przez cewnik moczowodowy) zalecają *B* i *Sch.* 15 — 20%-owy roztwór jako zupełnie nie drażniący i dający doskonały cień. Dla arteriografji odpowiedni jest roztwór 22½%-owy. Abrodil można również stosować dla uwidocznienia przetok.

SIONON



CENNE WZBOGACENIE POŻYWIENIA DIABETYKÓW.

SIONON zostaje prawie całkowicie wykorzystany przez ustrój zarówno jako środek odżywczy jak i kaloryczny; podawany w zwykłych dawkach dobowych, Sionon nie zwiększa zawartości cukru we krwi ani w moczu i nie okazuje żadnego wpływu na przewód pokarmowy.

SIONON pod względem swego wykorzystania kalorycznego (100 g = 390 kaloryj) dorównywa prawie zwykłemu cukrowi trzcinowemu (100 g = 420 kaloryj).

SIONON wyróżnia się swym przyjemnym, łagodnie słodkim smakiem; można go używać również do słodzenia herbaty, kawy, limonjady i t. d.

SIONON nadaje się do gotowania i pieczenia, dzięki czemu można go stosować dla przygotowania wszelkich potraw. Przepisy gotowania i pieczenia załącza się przy każdem opakowaniu.

Opakowanie oryginalne po 100, 500 i 1000 g.

RACEDRIN

(RACEM - EPHEDRIN)

Nowy syntetyczny środek sympatykotoniczny wskazany przy osłabieniu krążenia, zwłaszcza podczas chorób zakaźnych i po nich, przy duszności i uczuciu ucisku przy dychawicy oskrzelowej. Przy anafilaktycznych i allergicznych stanach chorobowych np. w przebiegu gorączki siennej, przy ukąszeniach pszczół i owadów.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

po 1, 5, 10 i 25 g.



»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT * LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA“, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748.

Novalgin

nie zawierający morfiny środek przeciwbólowy

dla stosowania pozajelitowego. Okazuje ponadto działanie przeciwzapalne i przeciwgorączkowe.

BAYER

LUCIUS MEISTER ML&B BRÜNING HOECHST

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

do stosowania pozajelitowego: 50%-owy roztwór w ampułkach po 1 i 2 cm^3
do stosowania doustnego tabletki po 0,5 g.

Hexophan

DLA LECZENIA DOLEGLIWOŚCI DNAWYCH i GOŚĆCOWYCH

(LUMBAGO, ZAPALENIE MIĘŚNI, RWA KULSZOWA I INNE NERWOBÓLE)

Znakomite działanie zapobiegawcze.

HEXOPHAN

nie dopuszcza do nagromadzania się produktów purynowej przemiany materji i chroni ustrój przed odkładaniem się kryształów kwasu moczowego w narządach i stawach. Hexophan uśmierza szybko i niezawodnie bóle i przerywa napad przez wydalenie z ustroju nadmiaru kwasu moczowego. Chorzy znoszą Hexophan doskonale nawet przy zażywaniu go w ciągu miesięcy.

BAYER

LUCIUS MEISTER ML&B BRÜNING HOECHST

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Hexophan w tabletkach po 0,5 XX.
Sól musująca Hexophan - Lithium — flakon oryginalny.
(Przyjemna postać leku o spotęgowanem działaniu, odpowiednia nawet dla osób wrażliwych).

»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT * LEVERKUSEN a. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

O bólach głowy.

Według prof. Peritza (z Berlina) zwykły ból głowy jest cierpieniem, które trwa tylko godzinę lub dwie, poczem ustępuje zupełnie. Przy zwykłym bólu głowy nie stwierdza się żadnych trwałych organicznych zmian anatomo - patologicznych. Mózg sam jest na ból zupełnie niewrażliwy i dlatego mózg nie może być siedliskiem bólu głowy. — Możliwe, że w danym przypadku mamy do czynienia z bólem głowy, będącym objawem choroby organicznej. Z pośród najważniejszych postaci bólów głowy, powstających na tle organicznem (zapalenie opon mózgowych, wodogłowie, obrzęk mózgu, kiła, guz), może tu wchodzić w rachubę tylko guz mózgu, przy którym bóle zwykle nie są umiejscowione, lecz rozprzestrzeniają się na całą głowę. Bóle głowy przy guzach mózgu zależą od tego, że guz i współistniejące przy tem zawsze wodogłowie przyciskają mózg do kości czaszki i wywołują wtórne objawy ze strony nerwów opon. — Mogą to jednak być również i czynnościowe bóle głowy, które prof. Peritz tłumaczy w sposób bardzo ciekawy. Bóle te nie powstają ani w mózgu ani w oponach, lecz zależą od bólów mięśniowych, których istotą jest częściowy skurcz mięśni; skurcze te mogą się znowu wyrównać lub też ustąpić całkowicie. Zakończenia nerwowe w miejscu takich bólów mięśniowych ulegają wskutek trwałego skurczu uciskowi i podrażnieniu. Również i układ nerwowy odgrywa przy tem jako narząd obronny pewną rolę, znajdującą się w odwrotnym stosunku do wielkości odczynu na każdorazowe podrażnienie: im większy jest opór, tem mniejszy odczyn. Ból głowy odczuwa się również tem silniej, im mniejsze są opory w układzie nerwowym, co ma właśnie miejsce u ludzi nerwowych. Takie bóle mięśniowe powstają przy wytężonej pracy mięśniowej (marszerowanie, wchodzenie na góry), co przejawia się pod postacią zmęczenia. Również i wytężona praca umysłowa powoduje znaczny wysiłek mięśni głowy i doprowadza do bólu mięśniowego, który odczuwamy jako zmęczenie duchowe i ból głowy. — Leczenie bólów głowy powstałych na podłożu organicznem może być tylko objawowe: środki przeciwgorączkowe, uspokajające i nasenne. Przy czynnościowych bólach głowy wskazane są: spokój, rozrywki, zmiana otoczenia i powietrza; oprócz bromu bardzo pomyślnie działają: Allonal Roche i Adalin Bayer. Doskonałe usługi okazywał mi zawsze następujący przepis: Pyramidoni Hoechst oryg. (nie Amidopyrini!) 0,3 + Coffeini natr. - salicylici 0,1 + Adalin - Bayer 0,3 do 0,5.

Dr. I. Irrgang, Przemyśl.
(„Ars Medici", 1928 № 1).

Przyczynek do stosowania Neosalvarsanu oraz spostrzeżenia nad Omnadiną.

Zimą, roku bieżącego, spostrzegałem pewnego chorego, którego historja może zainteresować ogół lekarzy i którą z tego względu pozwolę sobie tu w krótkości przytoczyć. W lutym zgłosił się do mnie z prośbą o poradę lekarską pewien chory wieśniak, w wieku około 26 — 28 lat, ze skargami na bardzo częste i bolesne oddawanie moczu oraz na stałe bóle w krzyżu i podbrzuszu. Chory podaje, że jest poprostu nieszczęśliwy, że w dzień ani w nocy nie ma ani chwili spokoju, gdyż stale doznaje palącego parcia na mocz. Choroba trwa już siedem miesięcy, mocz jest ropny, lecz nikt nie mógł mu

pomóc. Chory stracił już wszelką nadzieję na wyleczenie, gdyż leczył się już u wielu lekarzy, bez żadnego wyniku. Również i 1½ miesięczne leczenie w szpitalu nie sprawiło mu najmniejszej nawet ulgi. Po zbadaniu rozpoznałem przewlekły ropny nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. Mocz był całkowicie ropny, zupełnie nieprzejrzysty, zawierał gonokoki i gronkowce, wygląd moczu przypominał mleko, krótko mówiąc mocz był wprost podobny do czystej, gęstej ropy, otrzymanej na drodze zabiegu chirurgicznego. Wypróbowałem u tego chorego liczny szereg różnych leków i osiągnąłem, coprawda, pewną poprawę, żaden jednak ze stosowanych środków nie był w stanie doprowadzić mocz do przezroczystości i usunąć zawarte w nim drobnoustroje. Wreszcie przyszło mi na myśl zastrzyknąć Neosalvarsan. Po 4 zastrzykach po 0,15 — 0,3 mocz wyjaśnił się całkowicie, ropa, śluz i bakterje zniknęły bez śladu i pacjent czuje się od tego czasu zupełnie zdrów.

Wynik stosowania podawanych choremu leków nie dorównywał nawet w przybliżeniu znakomitemu rezultatowi wstrzykiwań Neosalvarsanu, bez którego chory z pewnością cierpiałby nadal, a może nawet byłby i zginął wskutek ogólnego zakażenia.

Pełnowartościową uodporniającą szczepionkę Omnadinę stosuję w mej praktyce już od 4 lat i częstokroć osiągam dzięki niej znakomite wyniki lecznicze. Jako przykłady przytoczę tu w streszczeniu następujące historje chorób:

1. Jesienią przywieziono do mnie chorego z ciężkim ropniem w gardle (Angina phlegmonosa); tętno bardzo przyspieszone, ciepłota 40° C. Chory skarżył się na straszne bóle głowy, gardła i kończyn. Pod wpływem wstrzyknięcia 2 cm^3 Omnadiny ciepłota opadła do stanu podgorączkowego, a po kilku dniach chory zupełnie powrócił do zdrowia.

2. Na początku listopada wezwano mnie do pewnego młodego człowieka z septyczną anginą. Ciepłota 39,5, znaczne przyspieszenie tętna. Chory skarżył się na osłabienie słuchu, bóle głowy, obfite poty, bezsenność, pobudzenie. Po domięśniowem wstrzyknięciu Omnadiny gorączka w ciągu 24 godzin opadła do normy.

3. W przypadku ciężkiej grypy u młodej kobiety z ciepłotą do 40°, gorączka po wstrzyknięciu 2 cm^3 Omnadiny ustąpiła zupełnie w ciągu 24 godzin.

4. Podobnie ciężka grypa u 8-letniej dziewczynki. Dwa podskórne wstrzyknięcia Omnadiny szybko przywróciły zdrowie choremu dziecku.

Poza tem stosowałem Omnadinę z dużem powodzeniem w licznych przypadkach grypowego zapalenia ucha środkowego i zapalenia płuc.

Omnadina przedstawia według mego zdania bardzo cenny środek dla praktyki ogólnej, jest bowiem lekiem nadzwyczaj skutecznym, wyróżnia się doskonałą tolerancją, sposób zaś jej stosowania jest niezwykle prosty i łatwy.

Dr. Jan Jakób Horn.
Założce, wojew. tarnopolskie

W sprawie śmierci wskutek porażenia prądem elektrycznym.

Śmierć wskutek porażenia prądem elektrycznym może nastąpić również i przy prądach o niskiem napięciu (120 Volt). Makro- i mikroskopowe zbadanie śladów po przejściu prądu jest dla rozpoznania bardzo ważne. Z pośród różnych postaci śmierci szczególnie ważną w medycynie sądowej jest postać, przy której rażony prądem, po przemijającej utracie przytomności, odzyskuje nieco sił, tak że jest w stanie uwolnić się od źródła elektryczności i nawet przejść pewną przestrzeń i tam dopiero znowu pada i umiera. Należy żądać, aby dokonywano szczegółowej makro- i mikroskopowej sekcji wszystkich osób zmarłych wskutek rażenia prądem, gdyż jedynie wówczas będziemy mogli wytworzyć sobie jasny obraz powodu śmierci; czy następuje ona wskutek porażenia oddechu czy też migotania komór. Migotanie komór jest, prawdopodobnie, nieodwracalne. Wobec tego jednak, że w większości przypadków rozchodzi się

początkowo jedynie o śmierć pozorną, należy zawsze dokonywać usilnych i długotrwałych prób przywrócenia życia.

Dr. H. Edenhofer,
Sąd okręgowy, Monachjum 1
(M. m. W. 1929, Nr. 35).

O leczeniu czerwonki amebowej.

Autor opisuje wynik leczenia Yatrenem 105 pewnej pacjentki, którą miał możność obserwowania w ciągu prawie 4 miesięcy. Sprawa dotyczyła 32-letniej kobiety, która była uprzednio pielęgniarką w szpitalu. Chora nigdy Bułgarji nie opuszczała. Od 10 lat cierpi na uporczywe, niewyraźne zaburzenia jelitowe (parcie, zaparcie, naprzemian z krwawo śluzowemi biegunkami do 12—15 na dobę). Waga obniżyła się z 71 kg do 49,5 kg. Chora leczyła się wielokrotnie w szpitalu, lecz wszelkie zabiegi lecznicze pozostawały bez wyniku. Ostatnio (w styczniu, 1929) operowano ją w szpitalu z powodu hemoroidów. Po operacji stan chorej pogorszył się jeszcze bardziej, gdyż wystąpiło nietrzymanie kału. Chora miała od 12 do 15 wypróżnień na dobę (w różnych odstępach czasu) i musiała stale pozostawać w domu. Gdy pragnęła choć na chwilkę opuścić mieszkanie, musiała zażywać opium, taninę i t. p. Gorączki nigdy nie było. Język obłożony, łaknienie zawsze bardzo złe. Waga stale spadała.

Pacjentkę widziałem po raz pierwszy w tym rozpaczliwym stanie w połowie czerwca. Badanie drobnowidzowe kału potwierdziło przypuszczalne rozpoznanie „czerwonki amebowej". Leczenie przeprowadzano w domu, przyczem zwracano szczególną uwagę na mieszane, wzmacniające odżywianie. Poza tem zaleciłem chorej przyjmowanie w ciągu tygodnia 3 razy dziennie po jedzeniu po 4 pigułki Yatrenu 105 po 0,25 g. Równocześnie codziennie wieczorem lawatywy z Rivanolu. Później zamieniłem lawatywy z Rivanolu na lawatywy z Yatrenu 105. Dla leczenia następczego chora przeprowadzała jeszcze przez 4 tygodnie tę samą kurację, z tą jedynie różnicą, że po 3 dniach leczenia zarządzała 4-dniową przerwę.

Wynik okazał się wprost znakomity! Krwawo-śluzowe wypróżnienia ustąpiły już na drugi dzień, parcie złagodniało, natomiast ilość wypróżnień zwiększyła się do 18—21. Stopniowo ilość ta jednak zaczęła się zmniejszać, tak że pod koniec drugiego tygodnia pacjentka miała już tylko 5 papkowatych, a nawet nawpół sformowanych wypróżnień w ciągu 24 godzin. Nietrzymanie kału ustąpiło zupełnie. Stan ogólny szybko się poprawił, tak że chora na początku października ważyła 57 kg. Pomimo wielokrotnego badania kału, pełzaków ani torbieli już nie znaleziono.

Reasumując, można powiedzieć, że w powyższym przypadku przewlekłej czerwonki pełzakowej Yatren 105 doprowadził szybko do zupełnego wyleczenia.

Dr. St. Mutafoff, Stara-Zagroda.

Toksyczna marskość wątroby.

Reichle spostrzegł 2 chorych na dnę z toksyczną marskością wątroby. Sekcja stwierdziła ciężkie zmiany wątrobowe, powstałe, prawdopodobnie, wskutek używania kwasu fenylochinokarbonowego. Jeden z tych chorych przyjął w ciągu nie całych 3 lat prawie 460 g. W drugim przypadku podawano połączenie kwasu fenylochinolinokarbonowego z jodem. Autor uważa za niezbędnie potrzebne, aby przy przewlekłem podawaniu kwasu fenylochinolinokarbonowego *) zwracano dostatecznie wcześnie uwagę na zaburzenia wątrobowe, gdyż jedynie w ten sposób może się uda nie dopuścić do toksycznej marskości wątroby.

Dr. H. S. Reichle, Cleveland.

(Arch. of Int. Med. 1929, tom 44).

*) Według badań *Pohla* i *Rottera* wprowadzenie drugiej grupy karboksylowej (jak np. w Hexophanie) zmniejsza bardzo znacznie toksyczność kwasu fenylochinolinokarbonowego, nie osłabiając przytem wcale jego działania.

Dalsze badania nad leczeniem dżumy płucnej Omnadiną (Tengger na Jawie).

Schut stosował zapobiegawczo Omnadinę chorym podejrzanym o dżumę płucną. Również i wszystkim chorym na dżumę, po upewnieniu się w rozpoznaniu, wstrzykiwano Omnadinę możliwie jaknajprędzej. Zejście śmiertelne zdarzało się przy dostatecznie wczesnem stosowaniu Omnadiny bardzo rzadko. Po ukazaniu się objawów płucnych lub objawów dżumy septycznej wstrzykiwano możliwie wszystkim, którzy stykali się z chorą osobą, po 2 cm^3 Omnadiny w ciągu 2 kolejnych dni. W przypadkach, w których objawy dżumy już wystąpiły całkowicie, należałoby wzmocnić leczenie przez jednoczesne zastosowanie chinino-uretanu wzgl. środków nasercowych.

Dr. J. Schut, Tosari.

(Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg. 1930, Nr. 4).

Anatomja patologiczna w 28 przypadkach choroby Addisona.

U 25 chorych dotkniętych chorobą Addisona stwierdzono na sekcji obustronną gruźlicę nadnerczy. Gruźlica nadnerczy występuje w dwóch postaciach: wytwórcza, z licznemi gruzełkami, i jako spoiste szaro-żółtawe zserowacenie. Większe złogi wapniowe stwierdzono zaledwie w jednym przypadku. We wszystkich przypadkach, za wyjątkiem jednego, można było znaleźć jeszcze resztki przeważnie przerostowej tkanki korowej, wynoszącej do 5% prawidłowego miąższu. Resztki substancji rdzennej stwierdzono tylko u jednego chorego, u którego brak było nadmiernego zabarwienia skóry. Przy gruźlicy nadnerczy, która nie powodowała objawów choroby Addisona, stwierdzano stale zniszczenie tkanki w ilości mniejszej niż 50% i tylko jeden raz do 80%. Sprawa gruźlicza zaczyna się przeważnie w pobliżu większej żyły rdzeniowej lub na stronie wewnętrznej substancji korowej i rozszerza się stamtąd odśrodkowo. Kora, zawierająca, jak wiadomo, hormon *interrenin*, niezbędny, prawdopodobnie, do życia, pozostaje najdłużej nietknięta i może nawet przerastać wyrównawczo. W żadnem z dokładnie zbadanych nadnerczy nie znaleziono oznak skłonności do wyleczenia. U 3 chorych stwierdzono nie gruźlicę, lecz zwykły zanik, bez uchwytnej przyczyny. Przy gruźlicy nadnerczy znajdywano zawsze wyleczone gruźlicze ogniska płucne, a w 22 przypadkach ponadto czynne ogniska w innych narządach. W 10 przypadkach, wśród nich w 3 z zanikiem nadnerczy, istniał jednocześnie stan grasiczo-limfatyczny. Przy badaniu chorych nadnerczy, które nie powodowały objawów choroby Addisona, znaleziono w nadnerczach pierwotne lub przerzutowe guzy, zanik, zawały, krwawienia, ropnie, gruźlicę i zwyrodnienie skrobiowate. Guzy prowadzą przeważnie do śmierci zanim tkanka nadnerczy ulegnie takiemu zniszczeniu, aby powstały objawy choroby Addisona.

Dr. Nelson W. Barker, Mayo Clin., Rochester. (Arch. of. Path. 1929, 8).

O cukrzycy.

Uszkodzenia czaszki lub kości, lub też wpływy psychiczne mogą istniejącą cukrzycę pogorszyć. Powstania jednak cukrzycy wskutek urazu czaszki u osoby uprzednio naprawdę zdrowej dotychczas nie spostrzegano. Prawdziwa cukrzyca zależy wyłącznie od niedomogi układu wysepkowego trzustki. Od czasu, gdy wprowadzono insulinę dla leczenia cukrzycy, zajście chorej na cukrzycę w ciążę nie należy już do rzadkości. W każdym razie ciąża i połóg wpływają ujemnie na cukrzyczą przemianę materji. Ścisłe jednak leczenie insulinowe i przestrzeganie właściwych przepisów dietetycznych pozwalają jednak zwykle przezwyciężyć niebezpieczeństwo. Jeżeli mimo to następuje wyraźne pogorszenie, wówczas należy ciążę przerwać. W przypadkach zgorzeli cukrzycowej stosuje się oprócz insuliny i diety, również i leczenie miejscowe. Przy suchej postaci zgorzeli stosuje się gorące powietrze, środki rozszerzające naczynia i leczenie suchemi opatrunkami, przy zgorzeli zaś wilgotnej, okłady z maści odkażającej i kąpiele z

Trypaflaviny i rumianku. Jeżeli ciepłota się podnosi, stan ogólny pogarsza i objawy cukrzycy się wzmagają, wówczas należy się zwrócić do zabiegu chirurgicznego.

Dr. A. Wisselinck,

Klinika chor. wewn. Uniwersytetu w Królewcu. (Med. Klin. 1930, Nr. 11).

W sprawie swoistego leczenia mesaortitu w okresie niewyrównania.

Poglądy na celowość przeciwkiłowego leczenia mesaortitu w okresie niewyrównania nie są ustalone. Większość autorów jest przeciwna leczeniu swoistemu i zaleca wyłącznie terapję nasercową. *Schlesinger* jest zwolennikiem stosowania w takich przypadkach ,,łagodnej kuracji swoistej" jednocześnie z leczeniem niedomogi serca i przeprowadza lekką kurację jodową (1 — 2 g jodku sodu lub 10 cm^3 10%-owego roztworu jodku sodu co drugi dzień). Ponadto wstrzykuje on dożylnie Salyrgan w dawce 2 cm^3 co 3 dni; działanie Salyrganu można wzmocnić przez uprzednie podanie choremu zalecanego przez *Saxla* chlorku amonu (8 g). *Schlesinger* podaje jednak jako dawkę dobową tylko 4 g NH_4Cl (na 100 g wody) w ciągu 2 dni przed wstrzyknięciem. Jako uzupełnienie Salyrganu stosuje się stopniowo również i Salvarsan. Dotychczasowe wyniki leczenia w powyższy sposób chorych dotkniętych średniociężką postacią niedomogi okazały się całkowicie zadowalające.

Dr. Hermann Schlesinger.

(Wien. med. Wo.1929, Nr. 21)

O stosowaniu Racedriny przeciwko gorączce siennej i allergji na ukłucia pszczół.

Racedrina okazuje, jak wiadomo, pomyślny objawowy wpływ na gorączkę sienną. Stosuje się ją w postaci 3%-owego roztworu dla oczu lub 3%-owej maści z Racedriny dla nosa. Można również przyjmować Racedrinę i do wewnątrz. *Rubitschung* obserwował niedawno przypadek allergji na ukłucie pszczół (katar nosa i napady astmatyczne), na który Racedrina również działała bardzo pomyślnie. Nadwrażliwy na ukłucia pszczół pszczelnik przyjmował wieczorem przed pójściem do uli ½, a nazajutrz rano 1 tabletkę Racedriny (50 mg). Leczenie to uchroniło pszczelnika od napadów astmatycznych, które stale występowały pod wpływem ukłucia pszczół. Odczuwał on jedynie bardzo łagodne objawy. Zachęcony powyższem spostrzeżeniem autor gromadzi dalszy odpowiedni materjał.

Dr. O. Rubitschung, Jaffa.

O kombinowanem leczeniu krzywicy Tonophosphanem i Vigantolem.

O znakomitych wynikach leczenia krzywicy sztuczną witaminą D (Vigantolem), pisano już tyle, że dalsze powiększanie odnośnego piśmiennictwa przypadków kazuistycznych wydaje się zupełnie zbytecznem. Wobec tego jednak, że w przypadkach szczególnie ciężkich stosowałem jednocześnie Tonophosphan i Vigantol, pragnę w krótkości donieść o wynikach tego kombinowanego leczenia. Połączenie to wydaje mi się bardzo celowem, gdyż Tonophosphan, przedstawiający sól sodową kwasu dwualkiloaminoarylofosfinowego okazuje bardzo pomyślny wpływ na niedokrwistość stale towarzyszącą krzywicy. Jako organiczny związek fosforu jest Tonophosphan zupełnie nieszkodliwy, nie powoduje żadnych objawów działania ubocznego, a wstrzykiwania są niebolesne. Tolerancja Tonophosphanu jest znakomitą i nawet małe dzieci znoszą go bardzo dobrze.

Abbas K., 3 lata, dobrze odżywiany, lecz mimo to może siedzieć jedynie z podwiniętemi nogami; pozycja typowa dla krzywicy, brak złamań; smutny; poczynając od 28.8. otrzymuje codziennie Tonophosphan i 10 kropel Vigantolu. Już 10.9. mały pacjent może się utrzymać o własnych siłach na nogach, a 17.9. chodzi, opierając się o krzesełko.

Mohamed T., 3½ roku, rodzice przynoszą go do mnie w rozpaczliwym stanie. Obwód piersi 41,1 cm, obwód czaszki 45,2

cm, typowy różaniec krzywiczy oraz szereg objawów cechujących złośliwą postać krzywicy. Od 4.9. codziennie wstrzykiwania Tonophosphanu i 10 kropel Vigantolu. Już 10.9. mięśnie zaczynają się wyraźnie kształtować, twarz dotychczas starcza nabiera wyrazu. Dziecko może stać, ma doskonały apetyt. Ostatni zastrzyk 24.9. Dziecko poprawiało się nadal i matka z radością donosi, że może już samo się unosić.

Autor ma w przyszłości zamiar omówić w sposób bardziej szczegółowy i na podstawie większego materjału działanie jednocześnie stosowanego Tonophosphanu i Vigantolu.

Dr. Mustapha el Karargi, Toukh.

W sprawie sposobu działania naświetlanej ergosteryny.

Autor opisuje wyniki swych badań dokonanych na świnkach morskich lub królikach, którym podawano 50 względnie 100 mg Vigantolu. Z doświadczeń jego wynika, że według wszelkiego prawdopodobieństwa przy D-hiperwitaminozie (podobnie jak i przy krzywicy), pierwotnie ulega zaburzeniu przemiana PO_4, a nie przemiana wapniowa. Jeżeli zwierzętom, znajdującym się pod wpływem Vigantolu, czyli wykazującym zwiększony poziom PO_4 we krwi, podawać Na_2HPO_4, wówczas krzywa fosfatemji podnosi się wyżej niż u zwierząt, które Vigantolu nie otrzymały. To zwiększenie zawartości PO_4 we krwi zależy nie od zmniejszonego wydalania, lecz od wzmożonego pod wpływem Vigantolu wchłaniania; wydalanie PO_4 okazuje się nawet zwiększone. Zachowanie się PO_4 we krwi daje nam obraz zawartości witaminy D w ustroju. Zwiększony poziom fosforu naczczo dowodzi zwiększenia wartości progowej. Przy D-hiperwitaminozie stwierdza się więc

zwiększenie wchłaniania fosforu,
zwiększenie progu wydalania fosforu,
zwiększenie wydalania fosforu.

Przy krzywicy stwierdza się objawy wprost odwrotne niż stwierdzane przy D-hiperwitaminozie. Zmniejszenie wskutek niedostatecznego wchłaniania PO_4 utrudnia nawarstwianie $Ca_3(PO_4)_2$, czyli kostnienie. Zmiany wapniowej przemiany materji są wtórne. Odkładanie się wapnia odbywa się, również i przy hiperwitaminozie, na drodze wiązania się z PO_4.

Dr. Warkany.

Państwowy Zakład Opieki nad Matką i Dzieckiem
(Kl. W. 1930, Nr. 1).

O leczeniu czerwonki bakteryjnej u dzieci.

Przy leczeniu ostrej i przewlekłej czerwonki w wieku niemowlęcym, najskuteczniejszym środkiem okazał się Yatren 105. Podaje się go do wewnątrz w dawkach po 0,05 — 01 g 3 razy dziennie oraz w lawatywach z 1 — 2%-owego roztworu Yatrenu 105. Po 5 — 6 dniach stosowania Yatrenu 105 zarządza się tygodniową przerwę, następnie podaje się go w ciągu 2 dni i t. d. Początkowe pogorszenie się biegunki nie jest przeciwwskazaniem dla dalszego podawania Yatrenu 105. Skurcz i parcie pod wpływem leczenia Yatrenem 105, zwłaszcza przy jego stosowaniu per rectum, szybko ustępują. Makowiec dla uspokojenia jelit nie jest wskazany, gdyż zatrzymanie wypróżnień naraża chorego na niebezpieczeństwo zatrucia. Zamiast makowca wskazane są lawatywy i przepłókiwania jelit 2⁰/₀₀-owym roztworem Rivanolu. Dla leczenia przewlekłej biegunki *Stettner* zaleca przerywane leczenie Yatrenem 105, polegające na przyjmowaniu go początkowo raz na tydzień, a później co 14 dni. Jednocześnie należy zwracać baczną uwagę na dostateczne spożywanie witamin. Oprócz świeżych soków owocowych wskazanem jest podawanie Vigantolu, wapnia i żelaza.

Prof. dr. E. Stettner,

Klinika chorób dziecięcych w Erlangen.
(Immunität, Allergie u. Infekt.-Krankheiten, 1929, tom 1, z. 12).

Znieczulenie lędźwiowe.

W zależności od stopnia potrzebnego znieczulenia lędźwiowego *Stout* zmienia ilość wypuszczonego płynu mózgowordze-

niowego, przeznaczonego dla rozpuszczenia Novocainy, ilość środka znieczulającego i szybkość wstrzykiwania, jak to wynika z przytoczonej tablicy, obliczonej dla mężczyzny ważącego 75 kg. Jako przygotowanie otrzymują chorzy (dotychczas 600) na 1½ godziny przed operacją 0,65 g Veronal Natrii per os, na godzinę przed operacją 0,02 g Pantoponu i 0,0004 g skopolaminy podskórnie i wreszcie na 5 minut przed nakłuciem lędźwiowem Ephedrinę (Racedrinę).

Rozległość znieczulenia	Ilość wypuszczonego płynu	Ilość Novocainy	Czas trwania znieczulenia	Szybkość wstrzykiwania	Ephedrin
Do szyi . . .	3,5 cm^3	0,3 g	1½ g.	17 sek.	95 mg
Do 4-ego żebra	3,0 "	0,2 "	1¼ "	15 "	95 "
Do wyrostka mieczykowego	2,5 "	0,2 "	1½ "	12 "	80 "
Do łuku żebrowego . . .	2,0 "	0,15 "	1¼ "	10 "	50 "
Do miednicy .	1,5 "	0,15 "	1½ "	7 "	30 "
Narządy płciowe i odbytnica	1,0 "	0,1 "	2 "	5 "	0 "

Dr. B. R. Stout, Madison.

(Amer. Journ. of Surg. 1929, tom VII).

Aktywowana ergosteryna przy zaburzeniach po naświetlaniu promieniami Rentgena.

Znane pomyślne działanie wapnia na zaburzenia porentgenowskie (Rentgenkater) nasunęło autorom myśl podawania, zamiast wapnia, ergosteryny, która, jak wiadomo, zwiększa bardzo szybko zawartość wapnia we krwi. Autorzy podawali naświetlaną ergosterynę 55 chorym, których z jakichkolwiek powodów naświetlano promieniami Rentgena lub radem. Ergosteryna działała lepiej, gdy ją podawano przed lub conajmniej podczas naświetlania, niż gdy ją stosowano później. Chorzy, którzy poprzednio odczuwali zawsze po naświetlaniu mdłości, nie doznawali żadnych objawów działania ubocznego. Zwykle podawano naświetlaną ergosterynę na 12 — 24 godzin przed i po naświetlaniu. Dodanie mleczanu wapnia wyników nie poprawiło. Dawkę promieni można było przy podawaniu ergosteryny częstokroć powiększyć o 50%, bez wywoływania przykrych objawów ogólnych, występujących zwykle po tak silnych naświetlaniach.

Dr. Lester A. Smith (Indiana polis).

(Am. H. Jof. Roentgenologya. Radium Therapy 1929, Nr. 4)

Leczenie ropnia i zgorzeli płuc.

Neumann ogranicza się przy leczeniu ropnia lub zgorzeli płuc do dożylnego wstrzykiwania Neosalvarsanu, poczem czeka 8 — 10 dni. Jeżeli objawy się cofają, wówczas nadal stosuje Neosalvarsan, aż do chwili, gdy badanie Rentgenowskie wykaże wyleczenie. W sposób powyższy leczono 13 chorych; u 5 z pośród nich osiągnięto zupełne wyleczenie, u 7 zaś poprawę, 1 zmarł. Jeżeli po 8 — 10 dniach gorączka nie ustępowała, wówczas zakładano odmę sztuczną i po uciśnięciu płuca znowu wstrzykiwano Neosalvarsan. Z 13 leczonych w ten sposób chorych, 7 wyleczyło się zupełnie, 4 poprawiło, 2 zmarło. Pomimo skuteczności tego leczenia nie jest ono pozbawione niebezpieczeństwa. Jeżeli jama zgorzelinowa znajduje się blisko powierzchni płuca, wówczas ropień może się przerwać do opłucnej. Jeżeli założenie odmy jest technicznie niemożliwe lub gdy mamy do czynienia z ropnem zapaleniem opłucnej, należy wówczas zwrócić się do zabiegu chirurgicznego. Z 6 chorych operowanych, 4 wyleczyło się zupełnie, 2 zmarło.

Prof. dr. W. Neumann.
Szpital Wilhelminy w Wiedniu.

(Wien. Klin. Wo. 1930, Nr. 9.)

Przyczynek do patogenezy i leczenia t. zw. ulcus simplex vesicae.

Remete leczył bakterjomocz na tle zakażenia prątkiem okrężnicy w przypadku zwykłego wrzodu pęcherza moczowego przepłókiwaniami Rivanolem i podawaniem do wewnątrz Amphotropiny. Po dwóch przepłókaniach miedniczek nerkowych roztworem Rivanolu 1 : 4000 i starannem przepłókaniu pęcherza roztworem 1 : 2000, mocz w ciągu kilku dni wyjaśnił się zupełnie. Następnie całą okolicę owrzodzenia przypalono kauterem i przepłókano pęcherz jeszcze raz Rivanolem.

Po 9 tygodniach osiągnięto zupełne wyleczenie. *Dr. E. Remete.*

I klinika chirur. Uniwer. w Budapeszcie.

(Ztschr. f. Urolog. 1930. tom 24.)

W sprawie pooperacyjnego porażenia jelit.

Lankenfeld na propozycję *Schmidta* stosował przy pooperacyjnem porażeniu jelit podskórne wstrzykiwania Hypophysiny (3 j. V.), wyniki jednak nie były zbyt zachęcające. Przy wstrzykiwaniu dożylnem działanie okazywało się silniejsze, lecz szybko przemijało i powracał stan poprzedni. Różnice między wynikami *Lankenfelda* i *Schmidta* zależą, prawdopodobnie, od tego, że *Schmidt* częściej wstrzykiwał Hypophysinę w przypadkach początkowych. W r. 1926 na kongresie chirurgów w Berlinie, zalecano przy porażeniu jelit wlewania 2—8 ampułek Hypophysiny w 500 cm³ roztworu Normosalu. Korzystając z tej metody, osiągał *Lankenfeld* wyniki bardzo pomyślne. Naogół wystarczają 2—3 ampułek (75—100 cm³ 10%-owego roztworu cukru gronowego na 1 ampułkę). W poszczególnych przypadkach stosowano jednak nawet 5 ampułek. Przy działaniu niedostatecznem można wstrzyknięcie po 10—12 godzinach powtórzyć. W jednym przypadku stosowano Hypophysinę codziennie przez 5 dni, aż wreszcie porażenie jelit ustąpiło ostatecznie. Pewnemu 14-letniemu chłopcu, z ciężkiem rozlanem zapaleniem otrzewnej, wstrzykiwano przez 2 dni po 2 ampułki; wynik okazał się bardzo dobry.

Dr. F. Lankenfeld, Latwijas.

(Artu Zurnalss 1829, Nr. 3/4)

KURSY:

9—19 grudnia 1930 r. Uzupełniający kurs lekarski, urządzany przez Wydział Lekarski Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie. Bliższych informacyj udziela: Dr. Edward Mróz, asystent Kliniki Pedjatrycznej Uniw. Jagiellońskiego, Kraków, ul. Strzelecka 2.

6—17 grudnia 1930 r. Kurs Trachomatologji, odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny. Zgłoszenia w sekretarjacie Szkoły Higjeny, Warszawa, Chocimska 24.

WYCIECZKI:

26 grudnia — 8 stycznia 1931 r. VII Międzynarodowa wycieczka lekarska. Informacje listownie pod adresem: Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, Nice.

MIANOWANIA:

Docent Dr. Gustaw Szulc, mianowany został dyrektorem Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

Docent dr. med. Leon Zbyszewski, został mianowany profesorem nadzwyczajnym fizjologji na Wydz. Lekarskim Uniw. Poznańskiego.

Dr. med. H. Lauber, powołany został na katedrę okulistyki Uniw. Warszawskiego.

Dr. med. Bolesław Jakimiak, został mianowany dyrektorem szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze.

W Londynie został otwarty szpital dla leczenia raka im. Marji Curie-Skłodowskiej. Otwarcia dokonał b. premier Baldwin w obecności ambasadorów Polski i Francji.

ZMARLI:

Dr. med. Kazimierz Dłuski. Zmarł w Warszawie weteran medycyny polskiej, pierwszy założyciel Sanatorjum dla piersiowo chorych w Zakopanem i jego kierownik, oraz prezes wielu instytucyj w Polsce. Cześć Jego pamięci.

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA“, Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr 6.

SPIS RZECZY ZA 1929 ROK

(SPIS AUTORÓW)

(TREŚĆ PRAC)

SPIS RZECZY ZA 1930 ROK

(SPIS AUTORÓW)

(TREŚĆ PRAC)

Przy ostrej i przewlekłej rzeżączce

PROTARGOL

(związek srebrowo-białkowy)

Silne działanie na warstwy głębokie. Brak działania drażniącego.

PROTARGOL GRANULAT umożliwia natychmiastowe przygotowanie świeżych roztworów Protargolu.

PROTARGOL W TABLETKACH dla godzin przyjęć przeznaczony dla roztworów protargolowych przygotowywanych ex tempore.

3 g Protargol-Granulatu zawierają 1 g Protargolu, tak że potrzebnej dawce Protargolu odpowiada trzykrotna ilość Granulatu.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Protargol-Granulat w słoikach po 30, 75 i 300 g o zawartości $33\frac{1}{3}\%$ Protargolu. — Protargol w tabletkach w rurkach po 10 tabl. po 0,25 g.

Przy wszystkich chorobach zakaźnych i chorobach z zaziębienia

OMNADIN



PEŁNOWARTOŚCIOWA SZCZEPIONKA UODPORNIAJĄCA „MUCH"

Omnadina powoduje szybkie uruchomienie i trwałe wzmożenie wszystkich sił obronnych ustroju. Doskonała tolerancja zarówno u dorosłych jak i u dzieci.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Pudełka po 1, 3 i 12 ampułek à 2 cm^3.

»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT ✲ LEVERKUSEN a. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA", Warszawa, Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748.